

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 197

DE L'ASSOCIATION

DE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ET DE

LA FOLIE MANIACO-DÉPRESSIVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NATURE ET DE LA GENÈSE DES ÉTATS DÉLIRANTS
DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 juillet 1929

PAR

Svetislav NAOUMOVITCH

Né à POJAREVATZ (Serbie), le 20 janvier 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président.
		VERGER, professeur	Juges.
		PERRENS, agrégé	
		GREYX, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 197

DE L'ASSOCIATION

DE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ET DE

LA FOLIE MANIACO-DÉPRESSIVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NATURE ET DE LA GENÈSE DES ÉTATS DÉLIRANTS
DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE



THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 juillet 1929

PAR

Svetislav NAOUMOVITCH

Né à POJAREVATZ (Serbie), le 20 janvier 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président.
		VERGER, professeur	Juges.
		PERRENS, agrégé	
		CREYX, agrégé	



BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK

LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES, A MA SOEUR

A LA FAMILLE BARLET

A MADAME R. LASSALLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. LASSERRE

Qui nous a accueilli avec une extrême
bienveillance et nous a prodigué ses en-
couragements et ses précieux conseils.

A MONSIEUR AUGUSTE ALLEMANE

*Officier de la Légion d'honneur,
Secrétaire général de la Ville de Bordeaux.*

A MONSIEUR JAMES CHAUVET

A MONSIEUR J. DUPAS

*Directeur de l'Asile d'aliénés de Cadillac,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR A. REGIS

*Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Cadillac,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. VERGER

*Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. PERRENS

*Médecin-chef de la Maison de santé de Château-Picon,
Décoré de la Croix de guerre.*

Nous sommes heureux de le remercier
de l'amabilité avec laquelle il nous a reçu
et nous a permis d'utiliser ses documents
personnels. Ses conseils nous ont été d'un
précieux concours.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUCOS

Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Cadillac.

Qui nous a donné le sujet de ce travail, et nous a prodigué ses conseils dans l'exécution. Son enseignement restera pour nous le guide le plus précieux au cours de notre carrière médicale.

Nous lui témoignons notre respectueux attachement, notre dévouement et notre profonde reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. ABADIE

*Professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En reconnaissance du très grand hon-
neur qu'il nous fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

DE

L'ASSOCIATION DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ET DE

LA FOLIE MANIACO DÉPRESSIVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NATURE ET DE LA GÈNESE DES ÉTATS DÉLIRANTS
DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

INTRODUCTION

Notre but, dans le présent travail, est d'étudier quelques cas de paralysie générale à laquelle se trouve associée une folie maniaco-dépressive, une manie ou une mélancolie. Cependant, empressons-nous de le dire, en employant le mot d'association nous ne jugeons pas la validité de la théorie dualiste de la paralysie générale. Notre étude ne consistera point à chercher une psycho-génèse à ces états délirants pas plus que leur base étiologique proprement dite. Nous aurons en vue seuls des faits cliniques aussi rigoureusement pratiques que possible.

Si l'on voulait y voir une contribution à l'isolement d'un syndrome maniaco-dépressif, maniaque ou mélancolique spécial à la paralysie générale — et nous n'ignorons pas les tendances actuelles de quelques auteurs — ce serait malgré nous, car ce n'est pas là notre but.

Nous étudierons l'association des folies maniaco-dépressives, des manies et des mélancolies avec la paralysie générale. Nous verrons les raisons pour lesquelles il nous paraît rationnel de dissocier les divers symptômes. Ces raisons sont tirées de l'allure clinique des phénomènes (l'état actuel de la psychiatrie le permet), de l'avantage que présente cette conception au point de vue prévision d'une dissociation du vésanique et du paralytique, de la compréhension d'une évolution souvent inattendue, de la possibilité de formuler un pronostic immédiat en se basant sur une partie du complexe.

Notre plan sera le suivant : après un bref historique de la paralysie générale, — historique où nous exposerons seulement la conception des rapports du vésanique et du paralytique, chez les divers auteurs, — nous retracerons l'allure clinique de ce complexe, nous étudierons son évolution et le pronostic que l'on peut formuler. Nous essayerons ensuite d'insister sur les avantages de notre conception en quelques réflexions générales et cela après l'exposition de quelques observations.

Nous avons recueilli quelques-unes de ces observations chez les divers auteurs, M. le Professeur agrégé Perrens a bien voulu en mettre une à notre disposition, d'autres nous ont été communiquées par notre maître, M. le Docteur Ducos, enfin nous avons pu en recueillir nous-même quelques-unes à l'Asile de Cadillac.

HISTORIQUE

La nosographie de la paralysie générale est incontestablement l'œuvre de la psychiatrie française.

Si Willis l'avait entrevue, si Haslam en avait démontré l'existence, ils n'avaient ni l'un ni l'autre reconnu la signification des troubles de la motilité, encore moins leur rapport avec les troubles de l'intelligence. Esquirol fut véritablement le premier qui en donna une analyse scientifique. Mais, bien que son sens clinique lui ait appris la gravité du mal chez tous les malades qui présentaient cette espèce particulière de paralysie, il ne concevait celle-ci que comme une complication, une terminaison de la folie : c'était une maladie secondaire qui venait se greffer sur une folie déjà existante. Il n'ignorait point les symptômes de cette paralysie. On a souvent rappelé l'étonnement des médecins avec lesquels il se trouvait en consultation, lorsqu'il déclarait incurable un malade qui ne présentait aucun symptôme grave, mais chez lequel il avait simplement remarqué une légère hésitation de la parole. Il restait convaincu « que les symptômes de paralysie chez les déments paralytiques ne doivent pas être confondus avec les symptômes qui caractérisent la démence, pas plus que les signes du scorbut qui compliquent souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle ».

Georget, élève d'Esquirol, publie, en 1820, un travail où il ne fait que confirmer les idées de son maître. La P. G. est pour lui une complication de toutes les folies en général. « Le cerveau, dit-il, d'abord affecté presque exclusivement comme agent intellectuel, finit par être attaqué comme agent ner-

veux, de là les paralysies fréquentes chez les aliénés. » Mais cette paralysie est pour lui spéciale et il lui donne une dénomination nouvelle : « Paralysie musculaire chronique. » Il eut le mérite de chercher le premier une cause anatomique à cette paralysie. « La paralysie chronique... dépend presque toujours, disait-il, d'un ramollissement de la substance cérébrale... ».

Quelle fut la part de Royer-Collard, médecin de Charenton, dans la découverte de la paralysie générale? On ne le sait. Toujours est-il qu'il entrevit cette maladie puisqu'il inspira ses idées à son interne Bayle.

Bayle soutint sa thèse en 1822. Le premier, il fit de la P. G., qu'il décrit sous le nom d'arachnitis chronique, une maladie distincte. Il opposa à l'opinion d'Esquirol, qui voyait dans la démence et dans la paralysie deux maladies, une doctrine toute différente où les deux sortes de symptômes concourent à caractériser une seule et même maladie, une entité morbide distincte de toute autre. « Ce parallèle, fait à toutes les époques de la maladie, nous offre, dit-il, un rapport constant entre le délire et la paralysie. On voit celui-ci parcourir tous les degrés qui séparent l'aliénation de la destruction entière des facultés de l'entendement, pendant le temps que celle-ci parvient du simple embarras des mouvements jusqu'à l'immobilité presque complète de tous les organes de l'appareil locomoteur. On ne saurait donc se refuser d'admettre que ces deux ordres de phénomènes sont les symptômes d'une même maladie, c'est-à-dire d'une arachnitis chronique. »

Il signala, pour la première fois, le rapport étiologique de la congestion cérébrale et de la paralysie générale. Mais il eut tort d'établir la division de la maladie en trois périodes évolutives obligatoires et fatales. « La maladie offre, dans son cours, dit-il, trois groupes de symptômes auxquels peuvent s'appliquer les noms de monomanie, manie et démence, par lesquels on désigne ordinairement trois espèces d'aliénation mentale. » Et du délire de grandeur, il fit un signe si important qu'il rejetait absolument tout état démentiel à forme

mélancolique. « Ce sont là, dit-il, des folies étrangères au sujet. Ce sont des mélancoliques accidentels. » Il ne s'est donc occupé et n'a décrit qu'une forme, la forme expansive.

Delaye, élève d'Esquirol, publie, en 1824, sa thèse où figure pour la première fois la dénomination de paralysie générale. Il décrit cette paralysie en se conformant à la doctrine d'Esquirol. « Cette paralysie, dit-il, sans être tout à fait exclusive aux aliénés, complice si souvent la folie, qu'elle a dû être observée par tous les médecins qui se sont occupés de cette dernière maladie. »

Calmeil, lui aussi élève d'Esquirol, considère la paralysie comme une maladie nouvelle se développant chez des malades déjà frappés d'aliénation mentale. « La paralysie générale, dit-il, est très répandue parmi les aliénés et elle est une des complications les plus funestes des vésanies. » Mais il admet, comme Bayle, que la lésion anatomique des premières périodes est surtout une congestion et que, dans la dernière période, l'atrophie est presque constante. Cependant, il signale l'existence du délire mélancolique dans la P. G., mais il affirme sa rareté.

Daveau, dans sa thèse, signale des cas de véritable lypémanie, avec idées de suicide chez les paralytiques généraux. Ce fut lui qui appela l'attention sur les congestions répétées qui marquaient souvent le début de la maladie.

Foville père, admet la paralysie générale comme complication survenant à la suite des troubles intellectuels, mais il remarque que, dans quelques cas, on observe l'apparition simultanée de deux genres de désordres, et que, dans un petit nombre de cas, « l'altération musculaire précède celle de l'intelligence ».

Pour Parchappe, « il existe une espèce de folie, dans laquelle il y a lésion simultanée de l'intelligence et de la motilité, qui a une marche généralement aiguë, quoi qu'elle puisse passer à l'état chronique, qui a une terminaison constamment fâcheuse et avec laquelle coexistent dans l'encéphale plusieurs altérations pathologiques, parmi lesquelles il en est une cons-

tante et pathognomonique, le ramollissement de la couche corticale ».

Dans un ouvrage publié quelques années plus tard, il consacre un chapitre à la « *Folie paralytique* » — c'est ainsi qu'il désigne la maladie — dans lequel il présente trois séries d'observations, d'où il résulte que, pour lui, existent deux sortes de paralysie générale : l'une, chronique, qui complique ou termine une maladie mentale, tout comme dans la doctrine d'Esquirol; l'autre, aiguë, débutant par le délire maniaque, à laquelle il donne le nom de folie aiguë paralytique, ce qui le rapproche de la théorie de Bayle. On peut cependant dire que Parchappe était partisan de l'unité de la maladie ainsi qu'il le déclara lui-même, en 1838, à la Société médico-psychologique. Il avait lui aussi, dès 1836, signalé chez certains paralytiques généraux une forme mélancolique avec tristesse et abattement.

Légal-Lassalle proclamait, au nom de l'étiologie et de l'anatomie pathologique, l'unité de la maladie comportant deux éléments : la paralysie et l'aliénation mentale.

La paralysie générale semblait de plus en plus s'imposer comme entité clinique, elle semblait avoir définitivement acquis sa place dans le cadre nosologique; la plupart des cliniciens de l'époque se déclaraient partisans de la théorie unitaire, lorsqu'une réaction se dessina. Et le premier assaut contre l'œuvre de Bayle eut lieu à propos de « la paralysie sans aliénation ».

La P. G. était généralement étudiée, jusqu'alors, dans les asiles. Mais voici que les médecins des hôpitaux signalaient des cas de P. G.

Duhamel, le premier, cita deux observations de malades affectés d'une maladie « qui semble devoir se terminer par une paralysie générale et chez lesquels on n'observe aucun signe d'aliénation ».

Requin propose le terme de paralysie générale progressive, au lieu de P. G. des aliénés, pour bien marquer qu'elle peut exister chez des sujets non aliénés.

Baillarger soutient que « la maladie peut exister sans délire, sans aliénation », et il accepte le terme de Requin.

Brière de Boismont, au contraire, dit qu'il a vainement cherché dans divers services et qu'il n'a trouvé aucun cas de P. G. sans aliénation. Mais il revint sur cette opinion après avoir visité les malades de Lunier, et soutint que cette paralysie sans aliénation est différente de celle que l'on rencontre dans les asiles. « La P. G., dit-il, peut exister sans aliénation, mais ses symptômes, sa marche, sa terminaison, la différencient de celle des aliénés qui offre d'ailleurs une physionomie spéciale, qu'il est impossible de confondre avec l'autre. »

Sandras dit avoir dans son service « plusieurs exemples de l'altération des fonctions nerveuses sans délire ». Pour lui, il y a une paralysie générale progressive sans aliénation.

Lunier affirme que, le premier, il a signalé, chez les sujets sains d'esprit, l'existence de paralysie générale. Pour lui, la P. G. progressive est une maladie spéciale qui doit être séparée de la folie.

Billot ne nie pas l'existence d'une P. G. chez les individus sains d'esprit, mais ne reconnaît pas l'identité de la P. G. sans délire avec la P. G. des aliénés.

J. Moreau affirme l'individualité de la maladie désignée sous le nom de P. G. des aliénés : « Paralysie générale et folie sont des phénomènes pathologiques liés l'un à l'autre comme effet nécessaire d'une même cause primordiale. »

Lasègue considère, lui aussi, la maladie comme « une espèce morbide unique, ayant sa marche, ses symptômes spéciaux et formant comme un trait d'union entre la pathologie cérébrale et la pathologie mentale ». Dans sa thèse d'agrégation, il signale, comme première manifestation de la P. G., une période de tristesse et de dépression, compliquée souvent de délire.

Falret, dans sa thèse, s'attache à démontrer que « 1° Il existe une forme de la folie caractérisée non seulement par ses lésions anatomiques et par les phénomènes spéciaux de

la paralysie, mais par ses symptômes psychiques et par sa marche; 2° La P. G. peut exister à titre de symptômes dans un grand nombre de maladies connues ». Il réfute formellement l'opinion de ceux qui ne voyaient dans la P. G. qu'une complication de la folie. « Loin d'être une compagne habituelle de la folie chronique, la paralysie, dit-il, nous paraît ne jamais survenir dans les folies anciennes. » C'est lui également qui décrit le premier — les autres auteurs n'avaient fait que la signaler — dans la P. G. la variété mélancolique bien nette et très distincte.

Magnan reconnaît que la folie associée à la paralysie générale doit être considérée comme une affection distincte. On doit, d'après lui, distinguer dans la paralysie générale deux maladies. « La première est la démence paralytique, c'est la maladie principale, elle est permanente, continue, progressive, à tendance fatale : elle a des lésions déterminées, des symptômes propres constamment les mêmes. La seconde maladie est la folie. C'est la maladie accessoire; elle est irrégulière, passagère, elle dépend le plus souvent de la congestion et présente les manifestations les plus opposées. Cette seconde maladie, dit-il, avec ses manifestations bruyantes et variées, se greffe sur la démence paralytique dont la marche, au contraire, est lente et uniforme. »

La Société médico-psychologique se réunit, en 1888, pour trancher définitivement la question. Après une longue discussion, la Société consacra les idées de Bayle et proclama ce principe « que la P. G. est bien une maladie unique, une entité morbide ayant un double aspect physique et moral ».

Mais cette consécration de principe de l'unité de la P. G. laissait beaucoup de points obscurs et insuffisamment démontrés, et un certain nombre d'aliénistes n'y voyaient que la consécration d'une idée générale mais incomplète. Et ils persistaient à rechercher les causes des variétés nombreuses signalées partout et dont l'évolution ne cadrerait point avec la forme consacrée. Il leur paraissait difficile de reconnaître une même maladie, identique et unique dans des cas aussi dis-

semblables que ceux où il y avait un délire maniaque, avec ceux où il y avait un délire mélancolique. La durée de la maladie, dans certains cas, dépassait de beaucoup celle qu'ils croyaient devoir être. Et enfin, la guérison, ou mieux la rémission, était difficilement concevable en dehors d'autres facteurs que ceux imposés par cette P. G. unique. Tous ces faits ont singulièrement modifié la conception de la P. G.

L'aliéniste le moins convaincu de la valeur de cette consécration fut sans contredit Baillarger. Des faits fort dissimilaires, disait-il, sont englobés sous le nom de P. G. Ainsi, il y a d'une part toutes les manies ambitieuses qui ne se terminent pas par la démence paralytique, et d'autre part des démences paralytiques sans manie ambitieuse. On est obligé, dit-il, de « conclure qu'il y a deux états pathologiques qui devraient être séparés, puisqu'ils ont des symptômes et des caractères anatomiques différents et qu'ils ont en outre une existence isolée ». Et il conclut en proposant « de faire de la manie ambitieuse une maladie spéciale sous la dénomination de manie congestive ». C'est donc la théorie dualiste à laquelle son nom demeure intimement attaché et à laquelle il va consacrer tout son labeur. Il formula, quelques années plus tard, son opinion définitive, qu'il résuma dans les propositions suivantes :

« 1° La P. G. n'a pas trois sortes de symptômes pathognomoniques (délire, démence et paralysie); elle n'en a que deux se rapportant à la démence et à la paralysie.

» 2° La P. G. est essentiellement et uniquement une démence paralytique, elle constitue une maladie spéciale, parfaitement limitée et tout à fait indépendante de la folie, elle doit donc, dans le cadre nosologique, être placée non dans la classe des folies, mais dans celle des démences paralytiques.

» 3° Il existe, en dehors de la folie simple et de la P. G., une espèce de folie d'une nature spéciale et que j'avais cru d'abord devoir désigner sous la dénomination de folie congestive, dénomination que je propose aujourd'hui de remplacer par celle de folie paralytique.

» 4° Ce (qu'on appelle les formes maniaques et mélancoliques de la P. G., ne seraient pas des formes simples de la maladie, mais bien des formes compliquées de la folie paralytique.

» 5° La folie paralytique précède souvent la P. G. et cette dernière maladie doit alors être considérée comme secondaire. »

Pour Baillarger donc, ces folies congestives ou folies paralytiques, celles que Westphal appelait P. G. latentes, ont une existence propre, indépendante de la P. G., quoique la précédant ou l'accompagnant. Et la meilleure preuve, pour lui, est qu'elles peuvent guérir.

Des faits cliniques nouveaux que les auteurs signalaient : les P. G. prolongées, la P. G. latente, les rémissions, les P. G. à double formes, et enfin les pseudo P. G. se heurtaient à la doctrine unitaire qui ne pouvait, semblait-il, les expliquer, et menaçaient d'ébranler cette doctrine pourtant solidement assise.

Pour certains aliénistes, la P. G. devenait une maladie distincte et spéciale, et toujours une; pour d'autres, la P. G. n'était pas une maladie unique, mais un groupe de maladies se différenciant suivant les causes et suivant les lésions, « comme un genre comprenant plusieurs espèces, disait Ball ».

Lasègue lui-même, vers la fin de sa vie, développa l'idée que, à côté de la P. G. classique, il convenait de distinguer d'autres formes voisines ayant une analogie symptomatique, mais se différenciant de la P. G. vraie par l'ensemble des symptômes et surtout par la marche. Il fallait donc reconnaître l'existence clinique de plusieurs espèces de P. G.

Ce qui fit dire à J. Falret, en 1877, que l'histoire de la P. G. était à refaire. « Cependant, il ne considérait pas la P. G. comme un vaste groupe d'affections cérébrales dans lequel il conviendrait d'établir plusieurs espèces morbides distinctes. » Il proclame « que dans l'individualité morbide, appelée P. G., il convient d'établir des distinctions cliniques ».

Tel était l'état de la question. Ce ne fut certes pas la créa-

tion du terme pseudo-paralysie générale, qui sembla devoir réconcilier les aliénistes. Ce terme paraissait cependant correspondre à une nécessité nosologique, sinon à une vérité clinique. Il semble que ce fut Delasiauve qui, le premier, l'employa en 1851. Quoi qu'il en soit, il paraissait difficile aux aliénistes d'admettre la guérison de la P. G. ou même le simple arrêt des processus évolutifs. Et l'on signalait des cas qui, diagnostiqués paralysies générales, s'ils ne rétrocédaient pas à proprement parler, se stabilisaient ou subissaient un temps d'arrêt dans leur évolution, tellement long quelquefois, que l'on pouvait véritablement parler de guérison. Les aliénistes préféraient alors avouer leur erreur de diagnostic que de douter de l'évolution fatale de la P. G. Ainsi furent créées des pseudo-paralysies générales alcoolique, saturnine, syphilitique, arthritique, etc. La pseudo-paralysie générale était le terme dans lequel on comprenait des diverses psychopathies qui, par leurs symptômes physiques et psychiques, rappelaient la P. G., mais qui s'en distinguaient par l'évolution car ils se terminaient souvent par la guérison, et aussi par les lésions anatomiques différentes de celles de la P. G. vraie.

De là, il n'y avait qu'un pas à faire pour isoler le syndrome paralytique proprement dit, et nombreux furent les auteurs qui se mirent à pénétrer sa véritable signification. Il semble que ce fut Klippel qui s'attacha le plus à l'identification de ce syndrome paralytique.

« C'est une loi de pathologie, dit-il, que les symptômes des maladies de l'encéphale sont moins déterminées par la nature des lésions que par leurs localisations... Cette loi est confirmée par l'examen histologique d'un très grand nombre de cerveaux de paralytiques généraux. Des processus anatomiques différents donnent lieu à la paralysie générale, pourvu que les lésions de ces processus divers aient pour caractère essentiel d'être diffusées dans l'encéphale tout entier. Le syndrome clinique de la paralysie générale est donc commun à des maladies différentes de mêmes signes anatomiques. Il y a, en ce sens, des paralysies générales... Le diagnostic clinique du syn-

drome paralytique pourra être complété, et la chose est souvent possible, par le diagnostic plus précis de la nature des lésions et des maladies qui en sont cause. De la sorte, les divisions nosologiques, les seules qui répondent à une classification scientifique, n'en sont que mieux observées. Trois groupes principaux peuvent correspondre à l'ensemble des cas :

» 1° La paralysie générale inflammatoire primitive, c'est la forme classique, et la plus nette de la maladie, celle que Bayle a voulu isoler; 2° Les paralysies générales secondaires, ou associées à d'autres lésions, sur lesquelles viennent se greffer secondairement les processus inflammatoire de la forme précédente; 3° Les paralysies générales dégénératives et parfois à lésions spécifiques. »

Pour Klippel donc, il existe des paralysies générales progressives dont chaque groupe possède son étiologie propre sinon spécifique. « Les formes et les variétés encéphaliques, dit-il, peuvent se déduire, soit du type que revêt le délire, soit de l'absence de tout délire proprement dit, ne laissant place qu'à la démence et aux signes physiques, soit de l'évolution plus ou moins rapide de la maladie y compris les stades de rémissions qu'elle peut présenter, soit enfin de l'association de certains symptômes (une paralysie, une hémiplégie). »

C'est ainsi qu'à la doctrine dualiste d'Esquirol succéda celle de Bayle, unitaire par excellence, mais jugée incomplète. Et pendant que sa solidité semblait s'accuser de plus en plus, de nouveaux facteurs venaient éclairer et élargir son domaine. Ce qui entraîna la dissociation pure et simple de divers symptômes, car on cherchait toujours et on voulait savoir la signification exacte de chacun d'eux. Baillarger fut l'adversaire le plus convaincu et le plus redoutable de la doctrine de Bayle, et il contribua de tout son talent à l'éclaircissement des points demeurés mystérieux. Il ne réussit pas à imposer ses idées, mais il porta un terrible coup à la théorie unitaire. Celle-ci semblait si compromise qu'Arnaud, au Congrès de Toulouse, en 1897, put s'écrier : « La paralysie générale est-elle une maladie distincte ou un groupe de maladies ou un simple syn-

drome clinique sous la dépendance de causes diverses ? » Et il termina en répétant le mot de J. Falret : « L'histoire de la paralysie générale est à refaire. »

Tel était l'état de la question vers la fin du siècle dernier. Mais, déjà, dès cette époque, un facteur gagnait de plus en plus du terrain et contribuait singulièrement à éclaircir la question. C'est le facteur étiologique, auquel les cliniciens les plus éminents s'attachèrent et qui permit de trancher définitivement la question.

Il faudrait des pages entières pour résumer cette admirable éclosion des travaux de la psychiatrie française. Nous ne pouvons, à notre grand regret, passer en revue les travaux, à ce sujet, des célèbres cliniciens français.

Mais, si l'étiologie recevait sa solution définitive, la question de la psychogénèse demeurerait telle qu'elle était, et le rapport des différents symptômes ne bénéficiait point de cette solution. Le problème du rapport du vésanique et du paralytique dans la P. G. restait entier et attendait toujours explication.

Certes, les partisans de l'organicité ne manquaient point de tout subordonner à une même et unique cause et de ne voir, dans la pluralité symptomatique, qu'une seule origine. Tous les symptômes, pour eux, résultent d'un même substratum anatomique, à savoir la méningo-encéphalite. Mais ils n'apportèrent point des preuves décisives. Et la question principale de l'organique et du fonctionnel dans la psychiatrie en dépit de tout demeure entière.

L'observation d'André Legrand n'est-elle pas une de celles qui convainc de façon la plus absolue de l'existence d'éléments vésaniques, évoluant, pour leur propre compte, en dehors de tout phénomène paralytique, et précédant la P. G. d'un nombre d'années assez respectable pour qu'on ne puisse douter de leur indépendance. La malade fut internée à l'âge de 20 ans à la suite de troubles mentaux résumés dans le certificat ainsi libellé : ...est atteinte de dépression mélancolique, indifférence, apathie... La malade se remettant de cet accès sort de

l'asile complètement guérie. A 34 ans, à la suite d'un vol à l'étalage, la malade est arrêtée et condamnée à trois mois de prison. Envoyée à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare, on relève les troubles mentaux graves caractérisés par « la torpeur psychique, incurie, inertie, anidéisme, lenteur, hésitation, achoppement à la parole. Erreurs naïves non remarquées ». Le diagnostic de P. G. fut confirmé.

La note vésanique est également nette dans l'observation du malade de Leroy et Beaudoin. Chez ce malade, il existe un état circulaire d'une netteté difficilement explicable par la simple notion de P. G. L'excitation, l'euphorie, l'érotisme, sont suivis d'une dépression avec prostration extrême, semimutisme, refus d'aliments. Dans la période intercalaire le malade reste calme.

Nugriot voit aussi, dans certains états obsédants chez les P. G., la prédisposition névropathique. « A la faveur de l'atteinte organique, subie par le système nerveux, dit-il, des prédispositions névropathiques restées latentes jusqu'alors se sont réalisées et l'état obsédant s'est constitué avec toutes ses conséquences (idées de suicide). Rappelons que le père s'est suicidé par phobie de la tuberculose. »

Mais c'est surtout Gelma qui s'élève le plus nettement contre ce principe qui consiste à confondre, dans un tout symptomatique, les manifestations les plus diverses que l'on rencontre chez les P. G.

« Ces délires, évoluant au cours de la démence paralytique, empruntent à cette démence les caractères d'incohérence, de mobilité, d'absurdité, d'inopportunité, qui font reconnaître leur empreinte paralytique et permettent d'envisager un pronostic qui dépasse la portée de ces accidents vésaniques. Leur disparition n'empêche pas la démence sous-jacente d'exister et d'évoluer. Cette phase de calme qui peut durer de très longues années n'est autre chose que la rémission. Elle équivaut pratiquement, surtout en ce qui concerne l'isolement, à la guérison. Ce qui est guéri, c'est le trouble vésanique épisodique; ce qui est permanent et irrémédiable, c'est l'anéantissement

progressif de l'intelligence. Il convient donc de distinguer, à côté des paralysies générales avec délire et désordre des actes qui sont celles décrites dans les traités et qu'on voit dans les asiles, les formes évoluant sans délire, sans agitation ni dépression, rarement reconnues; et les formes au cours de l'évolution desquelles surgissent des accidents psychopathiques transitoires, permettant à l'occasion de leur apparition d'identifier la paralysie générale... Le terme paralysie générale des aliénés qui oppose la démence et l'aliénation est légitime, mais il aurait été plus exact, on le voit, d'écrire : « aliénation mentale des paralytiques généraux ».

Citons enfin, pour terminer avec l'historique de la question, les conceptions de quelques auteurs classiques.

Régis admet deux formes de P. G. : 1° Forme simple ou démente, démence paralytique, qui est pour lui la forme vraie, typique et classique de la P. G. C'est l'opinion de Baillarger, aussi soutenue par Magnan, et combattue par Arnaud pour qui le délire existe toujours dans la P. G. et pour qui la forme démente est très rare. Régis s'élève contre cette assertion de Arnaud et la qualifie d'inexacte. 2° Forme délirante, où, en plus de la démence, il existe un état délirant. La forme de la P. G. suivant le type de l'état délirant surajouté, peut-être maniaque, mélancolique, maniaco-dépressive, etc.

Roques de Fursac émet sur la P. G. des idées en tout superposables à celles de Régis. Il admet la même forme démente, forme type de la P. G., la forme agitée, la forme mélancolique, etc.

Charpentier est à peu près du même avis, il décrit les mêmes formes. Cependant, il ne croit pas qu'il existe une forme circulaire de la P. G., « ...on a décrit, dit-il, une forme circulaire de la P. G. par analogie avec la succession des états d'excitation et de dépression de la psychose maniaco-dépressive. Ceci ne nous semble pas justifié. C'est là seulement l'expression clinique de la mobilité des symptômes accessoires et en particulier des états affectifs dans la P. G. ».

ETUDE CLINIQUE

La paralysie générale est une méningo-encéphalite chronique, diffuse, progressive, caractérisée au point de vue clinique par de l'affaiblissement global des fonctions psychiques, par des troubles moteurs et par des modifications du liquide céphalo-rachidien. A la période d'état, ces symptômes cardinaux sont constants et le diagnostic n'offre pas de grandes difficultés. Mais il n'en est pas de même au début de la maladie. Et si, dans certains cas, les troubles démentiels sont d'emblée assez accusés, pour attirer l'attention du médecin et orienter son diagnostic, dans d'autres ils sont tellement discrets que, pratiquement, ils sont imperceptibles. Et si le malade n'offre pas un aspect net dans le sens classique, le diagnostic peut présenter de réelles difficultés.

Les symptômes de la paralysie générale se divisent en symptômes psychiques et symptômes physiques. Parmi les symptômes psychiques, le plus important est, sans contredit, l'affaiblissement intellectuel qui n'est autre chose que la démence; celle-ci est progressive et globale, elle est aussi précoce par rapport au début de l'affection. C'est souvent le premier symptôme de la maladie. Elle est globale, parce que toutes les fonctions psychiques sont atteintes; elle est progressive, parce que l'évolution se poursuit irrémédiable et fatale.

L'intelligence est donc une des premières touchée et, avec elle le jugement. D'où cette perte d'autocritique qui apparaît le plus souvent en même temps que l'inconscience de l'état pathologique. La modestie, caractéristique d'un homme de bon sens, fait place chez le malade à une éloquence élogieuse de lui-même et de ses capacités. Les erreurs d'appréciation d'un homme jusque-là doué d'un esprit critique sévère, souli-

gnent la déchéance intellectuelle : sur sa pauvreté d'esprit acquise, il basera une supériorité extraordinaire aussi vaine qu'inutile. Les contradictions, les impossibilités, ne peuvent être discernées par le malade, n'ont pas de sens pour lui et ne changent en rien sa façon de voir.

La fixation de l'attention est impossible. L'association des idées ne se fait plus. La mémoire est altérée : la mémoire de fixation aussi bien que celle d'évocation. S'il lit un journal, le malade sera incapable de raconter les faits qu'il vient de lire. Parfois, ce sont les menus oublis pour lesquels il donne des explications niaises. Ces troubles souvent peuvent attirer tout au début l'attention du médecin. Les troubles du caractère sont aussi constants, c'est souvent ce qui frappe le plus l'entourage. La personnalité change complètement : un homme préoccupé, irritable, devient insouciant, doux. Un des symptômes très frappants aussi est l'indifférence émotionnelle. La volonté est très altérée.

Au point de vue physique, les symptômes les plus importants sont les troubles moteurs. Et parmi ceux-ci, le tremblement diffus et généralisé, prédominant cependant dans la région labio-linguale. C'est d'abord le tremblement vermiculaire de Baillarger, ce sera plus tard le mouvement de trombone de Magnan. Le tremblement des lèvres apparaît dès que le malade veut parler : les lèvres tremblent avant que la parole ne sorte. Le tremblement des mains est aussi marqué et, parfois, c'est une maladresse d'ordre professionnel qui attire l'attention de l'entourage. Les troubles de la marche sont équivalents des troubles des membres supérieurs.

Les troubles de la parole sont très importants. La dyslogie est la marque orale de l'affaiblissement intellectuel. La dysarthrie, « signe mortel » d'Esquirol, est un des signes capitaux de la paralysie générale.

Les troubles de l'écriture sont aussi importants. Les troubles psycho-graphiques sont équivalents des troubles psycholinguistiques et ont la même signification. Les troubles calligraphiques sont à l'écriture ce que la dysarthrie est à la parole.

Les troubles oculaires consistent en inégalité pupillaire, myosis, mydriase, déformation pupillaire, troubles des réflexes pupillaires. Tous ces troubles résultent, comme l'a dit G. Ballet, d'une ophthalmoplégie interne à développement graduel et progressif.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien, par leur précocité et par leur constance dans la paralysie générale, acquièrent une importance capitale. L'hyperalbuminose, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, ont des valeurs absolues. Puis, les réactions des recherches plus modernes, les réactions colloïdes, la réaction au benjoin colloïdal aident grandement le clinicien. L'importance de ces bioréactions est telle, que, souvent, si elles sont positives, il suffit de constater une inégalité pupillaire pour affirmer un début de la paralysie générale.

Telle apparaît aujourd'hui la paralysie générale classique; la paralysie générale pure, pourrait-on dire. En tout cas, telle est la P. G., c'est-à-dire une méningo-encéphalite chronique, diffuse et progressive, maladie organique par excellence et dont les symptômes par conséquent sont l'expression rigoureuse de l'organicité. Ceci est hors de toute discussion.

Mais le tableau symptomatologique que nous venons de tracer, tel qu'il apparaît en réalité dans la paralysie générale, n'est une nécessité pour notre étude qu'en tant que critère de comparaison avec les aspects cliniques sous lesquels les malades se présentent dans les cas que nous nous proposons d'étudier. Notre étude est donc un peu distincte. Elle est basée sur un phénomène essentiel, qui vient se surajouter et, parfois, masquer les symptômes propres de la paralysie générale. Nous voulons parler du délire. Et ce délire se présente sous de telles formes, que, par cela même, il acquiert une importance capitale. Il était donc nécessaire d'exposer les symptômes de la paralysie générale en tant que l'expression pure de l'organicité, pour pouvoir mieux parler du délire, phénomène surajouté, associé dirions-nous mieux, pour souligner son simple rapport de concomitance avec les symptômes propres de la P. G. et son indépendance relative.

Nous disons délire pour exprimer un des principaux symptômes, mais c'est d'une série de symptômes que nous voulons parler, série de symptômes qui caractérise des états définis, tels qu'ils apparaissent en psychiatrie actuelle; nous voulons parler des psychoses maniaque, mélancolique et maniaque-dépressive.

Les malades que nous voulons étudier se présentent sous les aspects cliniques suivants :

1^o D'abord, l'aspect extérieur du malade est caractéristique; la physionomie est animée, joyeuse ou coléreuse; les gestes expriment une hypermimie des plus significatives; la tenue est excentrique. Au point de vue intellectuel, l'attention est d'une mobilité extrême, toute impression extérieure l'attire, mais rien ne la fixe. Elle est très altérée. L'association des idées, privée de direction, ne se fait pas ou plutôt se fait par ressemblance, par assonances. Les associations volontaires sont lentes. La fuite des idées est caractéristique. Toutes les idées expriment un affaiblissement de l'activité psychique et traduisent un automatisme mental. Mais cette espèce d'affaiblissement diffère essentiellement de celui qui est propre à la P. G. et qui a pour substratum une base d'organicité proprement dite. Nous verrons par la suite comment on les différencie cliniquement. Le jugement est possible en tant qu'acte réflexe, automatique, c'est-à-dire s'il porte sur un fait simple, où l'élaboration psychique n'est pas nécessaire. Si l'interposition des faits est indispensable et si ceux-ci exigent des comparaisons qualitatives ou quantitatives, le jugement est impossible. Les troubles affectifs sont aussi très accusés. Les malades sont irritables; les violences, les réactions éclatent pour des prétextes futiles. Le sens moral est affaibli. Le malade est méchant. Mais il est content, tout est rose à ses yeux. L'euphorie est caractéristique, et cette euphorie associée à la suractivité peut entraîner le malade à des spéculations audacieuses, parfois favorables pour lui, mais presque toujours ruineuses. Au point de vue réactionnel, un des phénomènes les plus caractéristiques, c'est une forme d'agitation,

expression de l'éréthisme des centres psycho-moteurs, qui se traduit par de l'impulsivité, de la rapidité des réactions et, enfin, du besoin impérieux du mouvement. La caractéristique de cette agitation est contenue dans son origine consciente; les actes tendent vers un but déterminé, mais le but lui-même a pour base une idée délirante; par conséquent, l'adaptation d'une activité pour asservir cette idée ne peut avoir d'autre sens que celui de stérilité. Le malade veut tout faire, il sait tout, il peut tout. Il prodigue ses conseils à tout le monde, offre ses services à tous. Il est aussi bavard qu'agité. Cette sorte de bavardage incessant est une véritable logorrhée. Au point de vue physique, le sommeil est nul, mais l'insomnie ne fatigue pas le malade. Le pouls est rapide et plein; la respiration ample, accélérée; l'appétit est augmenté.

Enfin, le symptôme principal, comme nous le disions, est le délire. Celui-ci est essentiellement mobile et le plus souvent constitué par des idées de grandeur. Les idées délirantes se déroulent variant d'un moment à l'autre, suivant les impressions extérieures. Cependant, quelquefois, elles peuvent se fixer et demeurer caractéristiques d'un accès. Les illusions sont de règle; elles prennent surtout la forme de fausse reconnaissance : une personne que le malade voit pour la première fois devient un tel de ses amis ou de ses connaissances. Mais un des faits caractéristiques de ces délires est que, l'accès une fois passé, le malade en conserve le souvenir. Calmé, le malade rectifie son délire. Et ceci est important pour les considérations que nous allons discuter tout à l'heure.

2° Ici aussi, l'aspect extérieure du malade est caractéristique. Il exprime une tristesse sans fin, un abattement total. Au point de vue intellectuel, l'association des idées est ralentie, l'attention est affaiblie; un travail intellectuel, un récit ou un petit calcul très simple demande des efforts pénibles. Les perceptions sont très altérées; le malade méconnaît les personnes, les objets. De là, son doute sur tout. Mais, en règle générale, il sent en quelque sorte cette espèce de paralysie de sa conscience. Il a un vague sentiment du changement qui

s'opère en lui-même. Les troubles affectifs sont accusés; le malade voit tout en noir, il se plaint de tout, rien ne l'égaie. L'anesthésie morale est accentuée. Au point de vue activité, l'aboulie caractérise le malade, une action très simple lui demande pour son accomplissement des efforts inouïs et il y renonce. Au point de vue physique, on trouve les mêmes symptômes de ralentissement. L'état des voies digestives est mauvais : anorexie, langue chargée, pesanteur dans l'estomac, constipation. Le sommeil est rare. Le malade souffre de la tête, de douleurs dans les membres.

Enfin, le délire : idées délirantes de culpabilité d'expiation, d'humilité, idées hypochondriaques, idées de négation. Les illusions sont fréquentes : ce sont de fausses reconnaissances. L'interprétation délirante est également constante.

3° Enfin, dans un troisième ordre de faits, c'est une succession, assez irrégulière, il est vrai, mais toujours très nette, d'excitation et de dépression, caractérisant ainsi une véritable psychose à double forme. A la période d'agitation motrice, d'irritabilité, d'activité désordonnée, de fuite des idées, succède, soit progressivement, soit brusquement, une amélioration, un calme, qui ne fait lui-même que précéder une dépression qui vient s'installer avec tout le cortège symptomatique de la mélancolie. Ces deux états peuvent se combiner de diverse façon pour composer un accès de psychose à double forme. Ainsi, une période de manie aiguë peut être suivie d'une période de mélancolie avec stupeur; d'autres fois une excitation maniaque est suivie d'une période de simple dépression, etc. Le passage d'un état à l'autre peut se faire assez brusquement sans période de calme comme ce calme peut survenir entre les deux accès et durer plus ou moins longtemps. Chacun de ces états n'en est pas moins caractéristique. Le malade qui était vif, vigoureux, avait une physionomie animée, était loquace, bavard, sans cesse en mouvement, en action, violent, méchant, emporté, avec des idées délirantes d'orgueil, de grandeur, devient au bout de quelque temps tout autre : il est triste, abattu, sans force; sans énergie, ne bouge

plus, ne parle plus, n'a aucun désir, aucune volonté, il est humble, soumis, refuse de s'alimenter, peut avoir des idées de suicide. Les idées délirantes portent sur la culpabilité, sur la ruine, sur la misère. Il n'est jusqu'aux fonctions organiques où cette différence ne s'accuse d'une façon remarquable. Le pouls qui accusait un nombre de pulsations supérieur à la normale tombe à 40-50 pulsations. Il en est de même de la respiration, de l'appétit, des sécrétions, des excrétions. Cette succession est tout à fait remarquable et très particulière.

Tel apparaît l'aspect clinique des malades que nous avons à étudier : un état latent, qu'il faut rechercher, qui n'a pas encore une symptomatologie très accusée, mais dont il importe de déceler l'existence, à cause de sa gravité; il est fatal. L'autre, celui qui frappe le plus, qui commande directement l'aliénation pourrait-on dire, en tout cas celui qui envoie le malade devant l'aliéniste, est caractérisé par sa symptomatologie bruyante, mais, en lui-même, ne possède point de gravité. Il tire toute sa gravité de l'état sous-jacent. Il importe donc de rechercher les deux états pathologiques et de tenir compte de chacun d'eux respectivement. L'un commande le pronostic final, mais l'autre permet de fonder un pronostic immédiat. L'un explique l'évolution fatale et irrémédiable, l'autre fait comprendre et la symptomatologie bruyante, mais non grave en elle-même puisqu'elle n'est pas en rapport direct avec la lésion spécifique de la méningo-encéphalite, et l'amélioration éventuelle, par conséquent la récupération de l'état global psychique du malade. Les deux expriment la totalité des symptômes tels qu'ils se présentent dans la réalité. Chacun séparément est incomplet. Parler d'un seul, c'est méconnaître l'autre et s'exposer à de très graves erreurs; graves d'abord au point de vue immédiat, car on se trouvera tout surpris d'une amélioration si l'on ne l'a point prévue, et cette surprise peut être l'expression d'un démenti; graves ensuite, graves surtout si on a méconnu le fond réel du malade, l'état de sa P. G. et si on n'a basé son pronostic que sur des phénomènes surajoutés, phénomènes épisodiques, c'est-à-dire simplement vésanique.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de la paralysie générale est essentiellement progressive et fatale. Est-il dès lors nécessaire de faire la dissociation des certains phénomènes symptomatologiques et de parler des états surajoutés? Ceux-ci s'effacent devant la gravité de la maladie par leur importance secondaire. Et si, tout au début, ils peuvent présenter une allure clinique propre, en quoi peuvent-ils changer le fond de la maladie, la démence? Leur disparition n'influe d'aucune sorte sur le fond basal des processus spécifiques. Posé sous cet angle, le problème est simple. Il n'a qu'une solution. Mais la réalité est tout autre. Il faut s'attacher, croyons-nous, au pas de chaque cas et l'étudier en lui-même si l'on veut comprendre véritablement les réalités cliniques telles qu'elles se présentent. Et nous n'avons point d'autre but.

La P. G. a une issue fatale, c'est entendu, mais sa marche diffère suivant chaque cas. Sa durée est aussi variable. Et aucun signe n'est de trop pour juger des probabilités. On assignait autrefois à la P. G. une durée de deux à trois ans. On s'accorde aujourd'hui pour une durée plus longue (quatre à six ans). Il y a des cas où elle est beaucoup plus longue. On a cité des cas où la P. G. a évolué pendant dix à douze ans. Les malades gardent alors leur déchéance intellectuelle, sont devenus des pauvres, pauvres d'acquisition, d'une pauvreté psychique désespérante; mais, au point de vue physique, ils peuvent bien se porter et ne laisser point soupçonner une issue fatale prochaine. Que se passe-t-il donc dans ces cas-là, qui

semblent en contradiction flagrante avec la marche normale, régulière de la paralysie générale, en tout cas, qui cadrent mal avec sa conception actuelle où la progressivité est une des qualités primordiales et la lenteur d'évolution assez malaisée à comprendre?

Nous n'avons pour but que les faits purement cliniques, aussi nous abstiendrons-nous des considérations anatomo-pathologiques. Nous ne ferons qu'examiner les faits tels qu'ils se présentent au clinicien. Or, que voyons-nous dans ces cas au point de vue évolution et marche de la paralysie générale?

1° Dans un premier ordre de faits; le paralytique général, après un début relativement court, quoique difficile à fixer, arrive à la période d'état qui est souvent caractérisée par la **netteté des progrès**, pour verser assez vite dans la cachexie et le marasme et mourir après avoir épuisé la série régulière, mais rapide, de l'affaiblissement psychique et physique. C'est une évolution progressive par excellence et la progressivité n'a d'égale que la rapidité de la marche de la maladie.

2° Dans un deuxième ordre de faits, la P. G., après un début variable, toujours difficile à fixer, arrive à la période d'état. Là, les progrès semblent se poursuivre pendant un certain temps, puis tout s'arrête et la maladie se stabilise dans cet état pour une durée qui peut se compter par années. L'affaiblissement acquis ne disparaît pas, ne peut disparaître, mais, suivant l'altération produite par la maladie, le malade peut conserver et utiliser ce qui lui reste de ses facultés psychiques, ainsi que de son état physique. Il restera un diminué intellectuel, peut-être un impotent relatif, mais demeurera tel, toujours en attente des nouvelles poussées évolutives qui ne se produiront pas.

3° Dans le troisième groupe, ces poussées évolutives vont se produire. La maladie a évolué tout comme précédemment, mais au lieu que la stabilisation dure, la maladie reprend son cours après une durée plus ou moins variable et alors rien ne l'arrête plus. La marche se poursuit fatale, l'affaiblissement s'accuse progressivement de plus en plus profond et la

période terminale arrive au bout d'un temps variable, mais assez court.

4° Dans ce groupe, un arrêt encore peut se produire. La nouvelle poussée aura accentué la déchéance, mais le nouvel arrêt pourra encore stabiliser le malade dans cet état pendant un temps donné. Le malade reste plus affaibli encore, mais stabilisé.

5° Enfin, dans ce dernier groupe, on pourrait comprendre tous les cas de P. G. où l'évolution se poursuit pendant de longues années et où la marche de la maladie est très lente. Ce sont ces cas où la P. G. dure six, huit, dix, douze ans, quelquefois même encore plus. Ici, il n'y a pas d'arrêt de processus évolutifs, pas de stabilisation. L'évolution se poursuit progressive et régulière, mais tellement lente qu'elle est difficile à saisir. Il faut espacer les examens pour pouvoir déceler une accentuation réelle de l'affaiblissement.

Autant dire, n'est-ce pas, que l'évolution de la P. G., quoique progressive et fatale, est des plus capricieuse et difficilement prévisible. Et que conclure de tous ces faits difficiles à uniformiser? Evidemment, admettre que les processus méningo-encéphalitiques procèdent de façon irrégulière que l'on ne peut prévoir, et attendre l'évolution pour être fixé serait des plus sage. Mais ne peut-on, en se basant sur quelques phénomènes surajoutés, fonder quelques considérations qui peuvent servir utilement pour une appréciation? Nous en sommes persuadé.

Ces états surajoutés, tels que nous les avons étudiés dans les pages précédentes, peuvent nous permettre souvent de juger de l'état sous-jacent, du fond de la maladie. Car, comme le disait Baillarger, dans un aphorisme : « avec le délire très actif, point de dégénérescence avancée. Avec la dégénérescence complète, point de délire. »

Mais reprenons les cinq groupes de faits que nous venons de passer en revue pour les considérer associées aux états délirants, dans le but d'examiner le rapport de leurs symptômes propres et de voir s'il est possible de juger l'état du fond, en se basant sur les phénomènes surajoutés.

A. — Dans le premier groupe où les processus méningo-encéphalitiques poursuivent une marche rigoureusement progressive et rapide, le délire a pu apparaître, mais sa durée n'aura pas été longue. Il s'efface vite grâce au progrès de la démence. Sa rapide disparition est un signe de la gravité de la maladie, témoin sa marche rapide, que les signes propres de la lésion ne tardent pas à souligner. La démence s'accuse de plus en plus profonde, les phénomènes paralytiques s'accroissent de plus en plus, le délire n'existe plus. Ceci est de mauvaise augure pour le malade. La destruction se poursuit inexorable, elle est déjà étendue. Et la disparition du délire n'est point due à l'épuisement d'une poussée, mais bien à la destruction spécifique.

B. — Dans ce deuxième groupe, le délire acquiert une importance capitale. Les phénomènes paralytiques après un début à peine accusé se stabilisent, alors que le délire éclate de plus en plus bruyant et se développe d'une façon tout à fait significative. Il y a bientôt une dissociation entre le paralytique qui est stabilisé et le vésanique qui est très accusé. Mais cette dissociation n'a qu'un temps, l'état délirant lui aussi va en s'atténuant pour disparaître enfin totalement. Le malade entre alors dans cette période que l'on a nommée la vraie rémission. Rémission, car le processus méningo-encéphalitique est arrêté stabilisé. Mais la disparition du délire est-elle due aux mêmes causes? Non, car, ici, elle trouve sa raison d'être dans l'épuisement de l'accès, qui déjà s'était dissocié bien avant d'avec les processus sous-jacents et qui n'a que le rapport de concomitance avec le fond paralytique. Le délire n'était que l'expression d'un état surajouté et rien de plus. C'est le plus bel exemple de rémission classique. Mais dans ce cas, pour nous, s'il y a eu rémission des phénomènes paralytiques, il y a guérison de l'état délirant. Le malade gardera évidemment un affaiblissement, si léger soit-il, de l'atteinte organique, mais ne sera ni un aliéné, ni un invalide. Il pourra s'acquitter d'une profession où de hautes qualités psychiques ne seront pas exigées. Enfin, pour tout

dire, il pourra reprendre le contact avec la vie. Ici donc, la stabilisation des processus méningo-encéphalitiques a permis à l'état délirant de se constituer, de poursuivre son accès. Et lui-même, par son existence et sa netteté, a permis de juger de l'état de stabilisation des phénomènes encéphaliques. La disparition de l'état délirant ne coïncidant pas avec une reprise de l'activité évolutive de la P. G., le malade a pu revenir à lui à un état suffisamment normal et, dès lors, quel inconvenient y a-t-il à le considérer comme guéri? Il peut rester des années sans nouvelles poussées. Du moins guéri, non au point de vue scientifique, mais disons au point de vue administratif.

C. — Dans ce troisième groupe, les faits peuvent être calqués sur les précédents, mais jusqu'à un certain point. Un certain point, disons-nous, pour résumer la durée de la période lucide. En effet, les phénomènes paralytiques ont subi un temps d'arrêt, le délire après s'être constitué et développé a disparu comme tout à l'heure, et le malade a pu sembler devoir bénéficier de la même amélioration. Mais si tout à l'heure la durée de cette amélioration se comptait par années, ici elle se réduit à quelques mois. Au bout de quelque temps en effet, la maladie reprend son cours avec ou sans délire, mais, alors, la netteté de celui-ci n'est plus la même. Et cette fois le délire aura vite disparu devant la destruction irrémédiable et fatale qui, bientôt, conduit le malade à la dernière période et à la mort. C'est dans ces cas qu'il importe d'analyser profondément l'état délirant du malade et de chercher à saisir toutes les nuances des phénomènes paralytiques. Leur valeur commande la conduite du médecin.

D. — Dans ce groupe, le délire suit un rythme de périodicité suivant sa nature, mais toujours en dehors d'une destruction massive. Dès que celle-ci sera constituée, le délire ne pourra plus se former. Son apparition suivra les arrêts relatifs des phénomènes encéphalitiques, se développera à leur faveur, suivra son développement pour disparaître avec l'épuisement de l'accès, ce qui pourra permettre au malade de pas-

ser des périodes d'améliorations relatives. Mais les nouvelles poussées spécifiques détermineront un affaiblissement de plus en plus marqué, et le délire sera de moins en moins net, de plus en plus démentiel. Jusqu'au moment où il ne pourra plus même se constituer. Là aussi, il importe d'analyser de très près le délire pour y apercevoir et sa perte de netteté et ses caractères démentiels de plus en plus accusés. On sera aidé en cela par des signes physiques propres dont l'accentuation ne manquera point de se manifester.

E. — Enfin, dans ce dernier groupe, les processus encéphaliques poursuivent une évolution progressive, mais dont la marche est très lente. Le délire apparaît dès le début et, souvent, c'est lui-même qui ouvre véritablement la scène. C'est dans ces cas que le clinicien éprouve les plus grandes difficultés à décèler l'état sous-jacent, le fond démentiel. D'autant plus que la maladie est près de son début et que les symptômes paralytiques sont si légers qu'ils sont inexistant, pourrait-on dire, si on ne s'obstinait à les rechercher, parfois au prix d'un labeur dont la patience n'est pas la moindre qualité. Le délire une fois constitué va évoluer pour son propre compte. Ce n'est pas la légère altération causée par l'encéphalite qui va lui donner cet aspect démentiel dont les auteurs parlent, mais qui, pratiquement, est absolument impossible à décèler. La netteté de l'état délirant est d'ailleurs significative comme état isolé. On peut dire, dès lors, que c'est cet état qui commande l'aliénation mentale, en tout cas c'est lui qui envoie le malade devant le psychiatre. L'évolution de cet état surajouté va se poursuivre normalement tout comme dans un accès isolé. Cet accès se calmera, le malade entrera dans la voie d'amélioration, et d'aliéné qu'il était de par son état délirant, il redeviendra normal grâce à sa disparition. En tout cas, le malade sera ce qu'il a été avant l'accès. Si le fond démentiel n'a pas sa traduction clinique accusée, le malade peut être considéré comme guéri. Mais, en réalité, ce qui guérit c'est son accès surajouté. Le fond demeure tel qu'il était, c'est-à-dire tel que la marche des processus encéphali-

tiques le commande. Ce sont ces cas-là que l'on englobe sous le terme de fausse rémission. Fausse, car les processus encéphalitiques ne sont pas arrêtés; par conséquent il n'y a pas de rémission pour le paralytique, mais rémission tout de même pour exprimer l'amélioration de l'état global du malade. Mais qu'est-ce donc que cette fausse rémission sinon la disparition d'un phénomène surajouté, alors que les processus paralytiques poursuivent leur marche progressive et fatale, quoique lente, et ne vaut-il pas mieux dire la disparition — et pourquoi pas guérison — d'un accès délirant surajouté?

Telle apparaît la paralysie générale dans son évolution progressive et fatale, mais variable comme marche et comme durée; tel apparaît l'aspect des états surajoutés essentiellement épisodiques, mais variables eux aussi en durée. L'association des deux phénomènes pathologiques forme un complexe où il importe au plus haut point de serrer de près l'un et l'autre pour saisir sur l'un ce que l'autre ne permet pas de voir. Ainsi comprises, les choses se laissent le plus souvent pénétrer et offrent au clinicien des éléments d'appréciation nécessaires pour son pronostic.

DIAGNOSTIC

Il n'entre pas dans nos intentions de discuter le diagnostic différentiel de la paralysie générale avec des maladies qui peuvent présenter certains symptômes lui appartenant. Dans ce chapitre, nous nous attacherons surtout à étudier l'importance des symptômes pris séparément et considérés avec leur valeur propre, et particulièrement des symptômes surajoutés que nous envisagerons dans leurs rapports avec les phénomènes paralytiques proprement dits. C'est-à-dire nous nous appliquerons à démontrer la nécessité qu'il y a à ne pas confondre dans un tout symptomatique les phénomènes paralytiques, qui sont l'expression de l'organicité, avec les symptômes psychopathiques, dont la base est une constitution et dont l'expression n'est pas contenue dans l'organicité. Et si l'importance des uns l'emporte et permet, par sa gravité, de reléguer au second plan les autres, ceux-ci n'en sont pas moins réels, et par conséquent méritent qu'on en tienne compte. D'autant plus qu'ils peuvent offrir souvent, sinon toujours, des critères d'appréciation.

Le diagnostic de la paralysie générale n'offre pas, habituellement, de grandes difficultés à la période d'état. Mais il n'en est pas de même au début de la maladie. L'importance du diagnostic est cependant capitale tant au point de vue thérapeutique que social. Et pour notre étude, particulièrement, cette période est surtout intéressante. C'est surtout là que la conception que nous soutenons trouve son application, c'est surtout là que les symptômes surajoutés sont nets, et c'est pendant cette période-là qu'il importe d'apprécier les

probabilités d'évolution. D'autant plus que le malade se présente généralement, durant cette période, comme un psychopathe simple. L'état surajouté domine la scène, en masquant même le fond démentiel.

On dit que d'abord l'âge du malade doit attirer l'attention sur la P. G. Tout accès maniaque survenant après 25-30 ans doit être tenu pour suspect. On a aussi insisté sur l'état démentiel. On a parlé de la maniabilité plus facile des malades. Les idées délirantes revêtent la forme d'invéraisemblance, d'énormité. La rapidité et l'incohérence du délire sont caractéristiques. C'est une illusion, à notre avis, que de compter sur ces signes. Nous dirons même que le plus souvent, dans ces cas, il y a impossibilité absolue de percevoir le fond de la maladie. Et si ce n'était bien souvent la ponction lombaire, qui vient trancher le problème et à la faveur de laquelle on trouve, souvent complaisamment, un affaiblissement intellectuel, c'est-à-dire une démence, on serait moins affirmatif.

Il ne nous appartient pas de discuter la valeur d'une bio-réaction, elle est réelle, positive, elle a une valeur absolue et définitive, dirait Sicard, mais il ne faut pas non plus qu'elle fasse perdre de vue la simple observation clinique. Celle-ci, pour nous, conserve toute sa valeur.

Or, il n'est pas facile de déceler un affaiblissement intellectuel, signe de démence, sinon la démence elle-même, chez un maniaque en plein accès. Quoiqu'on ait dit de cette démence, et bien qu'on lui ait reconnu une valeur obligatoire, nous doutons qu'il soit possible de fixer son début et même qu'on puisse soutenir qu'elle existe toujours dès l'atteinte.

La difficulté est insurmontable si la P. G. évolue à côté d'un accès maniaque, par exemple, et le tout sur un fond de débilité congénitale. Que de précautions à prendre pour éviter d'attribuer à un affaiblissement ce qui n'a jamais existé.

Les signes somatiques, quand ils existent, présentent une très grande valeur. Mais tout au début, ils existent rarement. Les paralytiques généraux des asiles présentent presque tous

des signes moteurs, mais il faut tenir compte que là, déjà, l'évolution de la P. G., si elle n'est pas très avancée, est toujours assez accusée. Les troubles oculaires aident grandement le clinicien dans son orientation. Un rétrécissement, par exemple, attire toujours l'attention, mais il n'a pas de valeur propre par lui-même. L'embarras de la parole est le signe qui met le plus souvent sur la voie. Il est quelquefois léger, à peine perceptible, mais, dès qu'il apparaît, il éveille l'idée de la P. G.

Le délire de grandeur, de richesse, de puissance, un des symptômes capitaux de Bayle, offre une grande valeur. C'est lui qui, en dehors de tout autre signe, laisse percevoir une odeur de la P. G. « Notre maître Ducos a l'habitude de dire d'un malade, qui, par ailleurs, n'accuse aucun symptôme grave de la P. G., mais qui vient de se dire champion du monde ou possesseur d'un palais majestueux : « Ça sent la P. G. ».

Est-ce à dire que le délire est démentiel? Oui, en tant que forme. Non en tant qu'expression. C'est-à-dire que si le délire qui se forme sur un fond déjà dissous emprunte à la désagrégation ces caractères, il n'en est pas moins l'expression de l'état surajouté, l'état psychopathique, et qu'il ne relève pas de la démence proprement dite. Son existence est une chose, sa forme une autre.

Quel diagnostic, dès lors, porter, en face d'un malade qui présente les troubles mentaux caractérisés par la fuite des idées associée à la mobilité de l'attention, l'euphorie, l'irritabilité, les réactions impulsives, l'agitation motrice, idées délirantes de puissance, de force, et, au point de vue somatique, un léger embarras de la parole, une paresse irienne, ainsi que de l'albuminose et de la lymphocytose du L. C. R.? Il est évident que l'on se trouve en face d'un malade présentant une grave atteinte du méningo-cortex, mais est-ce tout, et le diagnostic de P. G. est-il suffisant? Nous ne le croyons pas. L'encéphalite spécifique n'est pas cause de tous les signes. Nous dirons donc qu'il serait sage de parler de manie

associée à la P. G. Pourquoi? Parce que : 1° Pour nous, les symptômes psychopathiques relèvent des troubles psychopathiques et non organiques. Leur périodicité l'affirme, leur disparition le confirme.;

2° La notion de forme maniaco-dépressive surajoutée à la P. G. nous permet de comprendre l'alternance des symptômes chez un malade, alors que la P. G. seule est incapable de l'expliquer.;

3° Pratiquement cette conception a une grande signification, car elle permet de considérer le malade tel qu'il se présente souvent en réalité, c'est-à-dire avec un état psychopathique qui seul, suffit à expliquer l'aliénation mentale.

Pour toutes ces raisons chez ces malades nous croyons donc, non pas qu'il y a une paralysie générale à forme maniaque, mais bien P. G. et manie surajoutée. L'accès maniaque a été réel. Son évolution a été en tout comparable à un accès simple. La récupération postcritique, c'est-à-dire en dehors de l'état sous-jacent, est très significative. Pour nous donc, dans ces cas, il est juste de porter le diagnostic du complexe : P. G. + manie.

OBSERVATIONS

Groupe A.

OBSERVATION I.

(M. BALL.)

Homme de 40 ans. Pendant la période d'excitation, « il ne parle que d'affaires grandioses, il veut se livrer à des spéculations considérables et faire des libéralités, des aumônes, des dons... Il roule de vastes projets dans sa tête, il veut faire de l'or, renverser le Clergé, rendre tous les pauvres heureux ».

Il offre un léger embarras de la parole et une inégalité très marquée des pupilles.

En outre, agitation très vive, besoin incessant de mouvement, excitation génésique, excès alcooliques. « Si l'on ne connaissait l'histoire de cet homme, dit M. Ball, on pourrait le prendre pour un paralytique général au début, mais, ajoute-t-il, voilà vingt-deux ans que cela dure, et la paralysie générale se serait depuis longtemps manifestée.

OBSERVATION II.

(MACLAREN, citée par BAILLARGER.)

Il s'agit d'un homme qui entra pour une paralysie générale confirmée, dans un état de mélancolie et de stupeur. Au bout de trois ans, cet état était arrivé à son maximum; le malade ne pouvait plus faire un pas, ne prononçait plus que des mots intelligibles et paraissait devoir succomber prochainement. Mais quelques mois plus tard, à

la mélancolie succéda une excitation cérébrale, avec conceptions ambitieuses et délire de grandeurs, qui fut suivie d'une série d'accès épileptiformes, après quoi il retomba dans une période de lypémanie avec stupeur. Ces alternatives se répétèrent les années suivantes, et sept années après son état était assez bon pour qu'on pût le transférer dans un quartier d'aliénés moins surveillés. Mais là il fut bientôt repris d'accès de manie aiguë et dut être interné avec les agités : à cette époque encore le délire des grandeurs prédominait dans son état mental.

Quinze ans après le début des accidents, il garde de l'incertitude de la marche, de l'inégalité pupillaire, des conceptions délirantes et du tremblement de la langue, mais son état ne s'est pas aggravé et rien ne peut faire prévoir une terminaison prochaine.

OBSERVATION III.

(MOREAUX.)

Un homme, déjà plusieurs fois traité pour alcoolisme, entre à Bicêtre. On constate chez lui les symptômes qui réalisent, dit M. Moreaux, le type complet de la paralysie générale : « L'embarras de la parole est des plus marqués, il y a eu rapidement paralysie des sphincters, eschares au sacrum, aux fesses, aux coudes, etc. L'agitation était extrême, le délire affectait la forme ambitieuse.

» Cet état d'incohérence et d'excitation a duré pendant dix-sept mois.

» A cette époque, un certificat de M. Legrand du Saülle déclare le malade incurable. »

Après dix-sept mois il se produit une rémission, et le malade quitte le quartier des agités.

Cette rémission dure quatorze mois.

Alors retour de l'agitation maniaque et réapparition « des symptômes de la paralysie générale ».

Après quatre mois, l'agitation et peu à peu tous les symptômes disparaissent. Le malade, guéri, est rendu à la liberté.

Un an plus tard, M. Moreaux revoit cet homme, qui était resté

à Bicêtre pendant cinq ans. « Il avait repris son état de ciseleur et passait pour un bon ouvrier. Il était impossible de retrouver chez lui, au point de vue mental aussi bien qu'au point de vue physique, aucune trace de paralysie générale. »

OBSERVATION IV.

(FOVILLE, citée par BAILLARGER.)

Homme de 39 ans. Habitudes de débauches. Excès alcooliques et vénériens. Accès de mélancolie qui dure depuis deux mois. Guérison apparente pendant six mois; alors délire expansif le plus complet; actes de violence, penchant invincible à la destruction. Excitation maniaque très vive. Embarras très marqué de la parole. Après six mois l'excitation se calme, le délire continue. Bientôt ce délire cesse.

En quelques jours, il se fait une modification complète dans l'état de ce malade. Il revient très promptement à la lucidité et a une appréciation exacte de la réalité. Ses idées de grandeur et de richesse disparaissent; il s'habille proprement, a soin de sa personne, a conscience qu'il vient d'être malade pendant plusieurs mois, mais il a peine à croire tout ce qu'on lui raconte sur la nature de ses actes et de ses idées pendant cette période. L'appétit se conserve bon; la physionomie reprend une teinte saine, mais la parole conserve le caractère d'hésitation et de lenteur. En même temps qu'il conserve cette lenteur de la parole, le malade offre les signes d'un affaiblissement marqué des facultés, d'une grande crédulité et d'une docilité qui ne faisait pas partie de son caractère avant la maladie; en un mot, il y a un commencement évident de démence.

OBSERVATION V.

(RENAUDIN.)

« Chez un de nos malades atteint de paralysie générale, consécutive à une monomanie ambitieuse qui a éclaté à la suite de désordre de conduite de toute nature, nous observons depuis trois ans une singulière intermittence dont nous ne nous rappelons pas avoir vu

encore d'exemple. Tantôt la paralysie générale paraît être arrivée au dernier degré, on ne peut tenir le malade que dans son lit ou sur un fauteuil; la démence est complète; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent; d'embarrassée qu'elle était d'abord, la prononciation est devenue impossible. Le malade laisse aller ses excréments, qui s'échappent à son insu; il faut lui présenter ses aliments, parce que les mouvements de préhension sont devenus impossibles, et des congestions cérébrales fréquentes mettent à chaque instant sa vie en danger. Il faut à chaque instant recourir soit aux émissions sanguines, soit aux révulsifs. C'est surtout pendant l'hiver que nous observons cette situation fâcheuse; dès que la saison devient plus favorable, cet appareil symptomatique disparaît peu à peu, et nous finissons par ne plus remarquer cette paralysie générale qui, peu de jours auparavant, nous donnait tant d'inquiétude. La réaction renaît et reprend une nouvelle énergie, et le dément du mois précédent redevient un monomane ordinaire, doué de toute la liberté de ses mouvements, travaillant avec ardeur, soit à la culture, soit dans le service intérieur, parlant avec facilité et laissant même jaillir, à travers les erreurs de son délire, les traits d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition. Il est d'une propreté minutieuse, surveille attentivement ce que font les autres malades, et nous lui avons dû plus d'une fois des remarques très utiles. »

OBSERVATION VI.

(Ph. REY.)

Paralysie générale. Accès maniaque. Délire de richesse. Embarras de la parole. Inégalité des pupilles. Disparition complète des troubles intellectuels après dix mois de séjour à l'asile. Très notable atténuation des symptômes physiques.

H... (J.-B.), 41 ans, compositeur typographe, entre le 8 septembre 1881 à Ville-Evrard. Les différents certificats joints au dossier sont ainsi conçus :

« Démence paralytique, affaiblissement marqué de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté et du mouvement, embarras de la parole, filouterie, actes inconscients.

» Paralytie générale, indifférence, hésitation de la parole, pupille gauche plus large, contusion de la face. »

Le certificat immédiat du 9 septembre porte : « Paralytie générale, inégalité des pupilles. Le malade dit que, depuis trois ans, il a des étourdissements qui le font tomber. »

Quelques jours plus tard, le malade, jusque-là apathique, est pris d'un accès de manie, avec activité désordonnée, idées de richesses et état bien marqué de satisfaction personnelle. L'embarras de la parole est, en outre, notable, ainsi que le tremblement de la langue et de l'orbiculaire des lèvres. •

Cet état se prolonge pendant les mois d'octobre et de novembre, avec quelques périodes de calme, mais très irrégulières.

Décembre. — Calme. Persistance des idées de satisfaction, avec contentement exagéré relatif à l'état de sa santé. Mêmes symptômes physiques.

Mars. — Amélioration très notable. H... nous raconte lui-même ce qui suit :

Il a fait de fréquents excès de boissons. Depuis plus d'une année il avait des vertiges, des maux de tête; il lui arrivait de ne pouvoir traverser une rue ou une place sans être accompagné. Peu de temps avant son admission, il avait eu une attaque avec perte de connaissance. H... se rappelle son état d'agitation; pendant toute cette période, *il voyait la Banque de France et des sacs de pièces d'or* qu'il comptait.

L'amélioration se maintient, et le malade, réclamé par sa famille, est mis en liberté le 1^{er} juin 1882.

Mars 1883. — Nous l'avons revu dans une imprimerie, où il travaille depuis sa sortie et où il gagne 7 francs par jour. De tous les phénomènes observés, H... ne conserve qu'une légère hésitation de la parole et de l'inégalité pupillaire. Il a pris de l'embonpoint.

OBSERVATION VII.

(M. le D^r BIGOT.)

Résumé. — Homme de 45 ans, entré à l'asile atteint de folie paralytique à forme expansive. Rémission. Rechute avec forme hypo-

chondriaque. Seconde rémission. Six mois après, rechute, mais le malade ne présente que de la démence paralytique simple sans délire.

Louis H... entre à l'asile..., atteint de P. G. à forme expansive. Le certificat de la préfecture de police porte : « Démence paralytique, excitation maniaque, idées de grandeur, rêves de fortune, projets absurdes, loquacité, divagation, excès et habitude contre nature. *Signé* : D^r Legrand du Saule. »

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie des poumons, père vivant, âgé de 87 ans, hémiplegique depuis quelques années; six frères ou sœurs tous bien portants et n'ayant jamais eu d'affection nerveuse. Le malade a eu une maîtresse, qui était en même temps sa cousine à un degré assez éloigné, qui est venue mourir à Vaucluse d'une P. G. à forme hypochondriaque, au moment où lui-même était traité pour la même affection.

Au point de vue antécédents personnels rien de bien saillant. Louis H... n'a jamais fait d'excès alcooliques. Il a toujours été normal, d'une intelligence ordinaire.

Un an avant son admission à l'asile, il est devenu triste sans cause; il a même fait une tentative de suicide. Puis il s'est remis et a repris sa vie ordinaire. Quelque temps après, il a changé de caractère, il est devenu ambitieux, son activité était énorme, enfin le délire a éclaté. Il pouvait ressusciter les morts, il voulait créer un opéra monstre dans lequel les spectateurs arriveraient en locomotive, etc. Il finit par se faire arrêter, un jour qu'il était allé proposer à Mlle Dosne de ressusciter M. Thiers. C'est en état de folie paralytique expansive qu'il est arrivé à l'asile.

A son entrée à l'asile, on note : signes somatiques bien marqués de la démence paralytique et folie expansive, propos incohérents, projets insensés, délire orgueilleux, etc.

Au bout de cinq mois, les symptômes somatiques et psychiques diminuent progressivement et simultanément; au sixième mois, la rémission est complète, le malade raisonne bien, il se rend compte de l'absurdité de son délire ancien, dont il se souvient; la rémission est complète, pas de démence appréciable.

Cette rémission persiste pendant trois mois, au bout desquels le

malade devient triste; la parole est moins nette, mouvements fibrillaires de l'orbiculaire des lèvres.

Pendant les trois mois suivants, Louis H... offre le tableau parfait de la P. G. à forme hypochondriaque. Il en a tous les signes physiques très prononcés, il en a le délire caractéristique : il n'a plus de bouche, plus d'anus. On est obligé de le nourrir à la sonde. Il est mort, il faut le conduire à l'amphithéâtre, etc.

Mais au bout de ces trois mois, tous les symptômes disparaissent encore une fois, les symptômes physiques comme les autres. L'intelligence manifestement affaiblie semble se raffermir petit à petit.

Il reste à l'asile pendant quelques mois encore, et son état continue à s'améliorer. Enfin, il sort de l'asile au bout de dix-huit mois de séjour. Il ne présente plus ni délire ni ataxie des mouvements. Son intelligence est peut-être un peu affaiblie, mais la mémoire est bonne et il n'est pas en démence.

Louis H... retourne à Paris, et il est placé comme gérant dans un restaurant. Il s'acquitte d'abord bien de ses fonctions. Le Dr Bigot, croyant à une guérison définitive, se basant sur des nouvelles qu'il recevait de lui, mais voulant juger lui-même de son état, se rendit auprès de H..., qu'il trouva dans une situation tout autre. Il avait quitté sa situation et ne travaillait plus. Sa démence était manifeste, il ne se rappelait rien, il sortait sans but, rentrait à des heures indéterminées, était d'une insouciance absolue, mais ne présentait pas la moindre idée délirante. Enfin, la parole était caractéristique, les pupilles inégales, les lèvres animées de tremblements fibrillaires. La démence paralytique était déjà avancée.

OBSERVATION VIII.

(E. GELMA.)

J... (F.), âgé de 38 ans, commerçant, est amené à l'asile par un membre de sa famille. Depuis quelques jours, le malade est violent, irascible, fait des achats absurdes et ruineux, se livre à l'égard de sa femme à des scènes scandaleuses sur la voie publique, ne dort plus, ameute les voisins par du tapage nocturne, leur fait des me-

naces, etc. Dans le service, on reconnaît la démence paralytique par l'incohérence du délire; il peut faire sauter d'un coup la Chambre des députés; il est plus que tout le gouvernement, il commande à Poincaré, etc. Dysarthrie paralytique, signe d'Argyll positif, brusquerie des réflexes tendineux. Trace sur le gland d'un chancre remontant à une quinzaine d'années, agitation, euphorie, gaieté, niaiserie des propos; quelques jours après, l'agitation se calme, rapidement les idées délirantes disparaissent. L'euphorie puérile persiste. F... s'offre à accompagner le médecin dans sa visite matinale. Deux mois après, accalmie, lucidité, niaiserie des propos, quelques accrocs de la parole. Le malade sort sur les instances de quelques membres de sa famille et reprend son travail, où il ne donne lieu à aucune remarque. Le calme, l'absence de délire et de réactions insolites persistent depuis un an.

OBSERVATION IX.

(E. GELMA.)

P..., 45 ans, notaire, entre assez brusquement, sans prodromes saisissables, dans un état d'excitation d'allure maniaque avec agitation motrice violente, cris, gesticulations, propos incohérents, logorrhée. On pense aussitôt à la psychose périodique; le diagnostic de manie semble s'imposer. Cependant, on note de la dysarthrie paralytique, des signes d'ophtalmoplégie interne, des signes de la série tabétique. Puis apparition d'idées délirantes absurdes de persécution et de grandeur, agitation furieuse. Syphilis à l'âge de 20 ans. Wassermann positif.

Les renseignements fournis par la famille représentent le malade comme n'ayant jamais éprouvé qu'un peu de fatigue, des troubles de la mémoire dus au surmenage, etc. Il a continué à exercer ses fonctions jusqu'au jour où il est tombé malade. Internement. Evolution dans l'agitation, puis le marasme, la cachexie.

Examen anatomique positif

Groupe B.

OBSERVATION I.

C... (Jean-Charles), 34 ans, soldat au 1^{er} colonial, entre à l'Asile de Cadillac le 23 mai 1919, venant du centre militaire de psychiatrie de la 18^e région. Aucun papier n'accompagne le malade à son arrivée, de sorte que les renseignements manquent concernant cette période de début de la maladie.

A l'asile, C... est dans un état d'exaltation, délirant, mais s'oriente aussi bien dans l'espace que dans le temps. Son fond mental ne paraît pas altéré.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 34 ans et 6 mois. Je suis né en 88 au Boucaud.

D. — Quelle date sommes-nous ?

R. — Nous sommes fin mai ou 1^{er} juin.

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Depuis hier à midi.

D. — Où étiez-vous avant ?

R. — Avant de venir ici, j'étais à Bordeaux.

D. — Où habitiez-vous à Bordeaux ?

R. — J'habite rue Ornano.

D. — Où avez-vous été pendant la guerre ?

R. — J'ai fait toute la campagne, toute la guerre. Avant la guerre j'étais garçon. Mon corps est en Chine et partout.

D. — Vous savez lire ?

R. — J'ai donné mon radium, mon sang.

D. — 100-28 ?

R. — 3 fr. 60.

D. — Êtes-vous malade ?

R. — J'ai eu la vérole, la chaude pisse, chancre mou, etc.

D. — Est-ce que votre femme a fait des fausses couches ?

R. — Ma femme n'a jamais fait de fausses couches... A l'âge de 3 ans, général de division; je m'appelle Foch et Pétain. Je suis le Christ, je n'ai que 13 ans.

D. — Vous arrive-t-il quelquefois de voir des choses bizarres ?

R. — Je vois des choses en double, les mouches, le soleil, la lune... le crâne est parti...

Devant une telle symptomatologie, le diagnostic de manie est porté. Aussi le certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : « Présente un état maniaque caractérisé par de l'humeur gaie ou coléreuse, de l'instabilité de l'attention, des propos incohérents parmi lesquels on devine de idées de grandeur, de richesse, d'honneur tout à fait absurdes. Le fond intellectuel ne paraît pas diminué. »

Bientôt le malade entre dans une agitation des plus violentes, délirant sur tout, incohérent dans son langage. Parfois même, il est violent avec d'autres malades. L'exaltation est telle qu'elle motive une lettre à sa famille la priant de ne pas venir le voir.

Vers le 20 juillet, le malade entre dans une période calme, se montre très docile, et paraît avoir à peu près abandonné ses idées délirantes. L'amélioration est très nette, cependant trop récente pour songer à le laisser sortir comme sa femme l'aurait voulu.

Le premier septembre, l'état d'amélioration se maintient toujours, mais la sortie n'est pas envisagée, une rechute étant toujours à craindre.

Le 24 septembre, état mental grandement amélioré, mais le malade est encore légèrement logorrhéique.

Le 10 octobre, semble tout à fait amélioré. Commence à s'inquiéter de sa situation, manifeste de l'intérêt, en un mot commence à reprendre contact avec le milieu extérieur. Et, à cette date en effet, il formule une demande de réforme au service de santé. La lettre suivante montre une écriture sans tremblement, sans aucun trait pathologique : « ... ayant fait toute la campagne de guerre dans les régiments coloniaux, et faisant partie de la classe 1905, libérable déjà depuis six mois, je compte sur votre haute bienveillance, Monsieur le Directeur, pour prendre ma demande en considération... J'ai été intoxiqué deux fois par les gaz asphyxiants ce qui m'a occasionné une maladie, mais dont je suis entièrement rétabli, etc. »

Le 15 octobre, le malade est toujours amélioré. Sa famille insiste

pour le reprendre et, en raison de cette amélioration, le médecin consent à le laisser sortir à titre d'essai.

Le certificat de situation du 22 octobre signale en effet que le malade « ... est très amélioré des troubles mentaux qui avaient motivé son internement. Cette amélioration permet de donner satisfaction à la demande de sa famille qui demande à le reprendre avec elle ».

Le 29 octobre 1919, le malade sort de l'asile.

Il reste chez lui pendant une dizaine de mois. Le 9 septembre 1920 sa femme se présente au commissaire de police et lui déclare que C... « est dans une nouvel accès de démence, qu'il est devenu irascible et furieux, après être resté au lit pendant une dizaine de jours... Vers dix heures du matin, il s'est jeté sur moi comme une bête en furie et m'a asséné de formidables coups de poing, etc. ».

D'après l'enquête, il résulte que depuis quelques mois déjà C... présentait à nouveau des troubles de dérangement mental. A plusieurs reprises, il aurait exercé des violences sur sa femme, mais jamais il n'avait été aussi violent que le 9 septembre.

Le certificat d'internement mentionne « ... atteint de démence d'origine éthylique... ».

Conduit au pavillon d'observation psychiatrique de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, il est renvoyé, le 15 septembre, à l'Asile de Cadillac avec le certificat suivant : « ... présente un affaiblissement profond des facultés intellectuelles avec idées délirantes de grandeur, réactions violentes, signes somatiques tels que : embarras de la parole, tremblement de la langue, inégalité pupillaire ».

A sa rentrée à l'asile, le malade se montre relativement calme, mais est incohérent, avec des idées délirantes.

D. — Comment ça va ?

R. — Ça va bien. Ça va très bien. Questionnez-moi sur le baccalauréat, sur le doctorat.

D. — Qu'avez-vous fait depuis votre sortie ?

R. — C'est moi qui faisais tout le travail pour faire passer Foch, Pétain, etc. Je suis immortel. On m'a f... cent mille coups de canon. Debout les morts, debout ! Arrivez, tirez cent coups de canon. Ces morts arrivent par la voie des airs.

D. — Où habitez-vous?

R. — J'habite 28, rue de Chauffour.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — Je suis ici à Cadillac. J'étais intendant à bord du *Lutétia*. Je suis marié avec toutes les impératrices. On m'a donné l'Italie et la France.

R. — Êtes-vous riche?

R. — Oui.

D. — Combien de millions avez-vous?

R. — Je ne sais pas, allez voir dans les banques.

D. — Quelle est la date d'aujourd'hui?

R. — C'est le 31 octobre 1930... 1918... J'ai écrit à M. Ducos pour la pension... pour l'état, les choses de service..., c'est Mangin, Pétain...

Voici le certificat de vingt-quatre heures : « ... est atteint de manie intermittente, avec idées absurdes de grandeur, de richesse, de puissance, etc. L'excitation psychique est assez marquée, mais il n'existe pas d'excitation motrice... ».

Les jours suivants, le malade est toujours très excité psychiquement, avec une loquacité extrême, des propos incohérents. Mais déjà le certificat de la quinzaine relate certains signes somatiques tels que mydriase, paresse de la réflexivité irienne, léger embarras de la parole qui font redouter une évolution de la paralysie générale.

Au mois de janvier 1922, le malade est très affaibli, obligé de s'aliter; des troubles digestifs apparaissent et on craint une issue fatale. Il s'améliore cependant, mais cette amélioration n'est que temporaire et le malade meurt le 22 avril 1922.

OBSERVATION II.

C... (Lucien-Marius), comptable, marié, sans enfant, entré à l'asile le 11 mai 1921, venant de l'Hôpital Saint-André.

Le 12 mai 1921, C... est gai, subagité, souriant : « Ce petit jeune homme-là (il désigne l'interne), je crois le reconnaître... il est très gentil.... Il y avait des élèves de l'Ecole navale à Saint-

André... Mais celui que j'ai remarqué, je l'appelle l' « As »... celui qui m'a fait une piqûre de 606... Cependant j'ai été bien sage... J'étais garde chez M. Carde... Je suis comptable, mais j'ai une passion : le théâtre... Mais je suis sans place... »

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Je suis né le 27 août 1887... J'ai 34 ans... nous sommes en 1921, en mai... Je suis ici depuis hier soir... On m'a fait... J'ai été très agité.

D. — Vous avez été mobilisé?

R. — Le 12 août 1914, au 112^e de ligne... J'étais sergent-major...

D. — Que faisiez-vous avant la guerre?

R. — J'étais comptable chez Peugeot... J'ai fait aussi le théâtre... On m'a acheté une propriété parce que j'étais travailleur... Une propriété de 50.000 francs... C'est un particulier qui me l'a achetée... Je vais construire un théâtre... un cinéma... un cirque... Je vais avoir une belle situation... Si j'étais millionnaire, je donnerais aux pauvres... aux vrais... Je voudrais que l'on baisse le prix de la vie... J'ai une bonne place... Oui, j'ai eu la vérole... J'ai vu un médecin... J'ai été vaguement soigné...

D. — Combien font 8×9 ?

R. — 72.

Rien de particulier au point de vue symptomatique, sauf l'abolition des réflexes iriens.

Certificat de 24 heures. — « Est atteint d'excitation maniaque caractérisée par de la fuite des idées, de l'instabilité de l'attention, de l'excitation physique et psychique, de l'humeur béate, des idées puériles de satisfaction, de grandeurs, de richesses, de l'altruisme excessif. L'abolition de la réflectivité irienne, l'albuminose et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien font penser à un début de paralysie générale bien qu'il n'y ait point d'embarras de parole, de tremblements, ni de déchéance du fonds intellectuel. Ce malade est très turbulent, en pleine crise d'agitation, ne peut rester au lit, déchire sa literie, barbouille les murs de matières fécales, il est gai, crie, mais n'est pas violent et reste toujours avenant et poli. »

Certificat de quinzaine. — « Est atteint d'excitation maniaque,

caractérisée par un très grand désordre des actes, des propos incohérents, parmi lesquels on découvre des idées de grandeurs et de richesses. Le fonds mental ne paraît pas sérieusement affaibli, mais la qualité des idées délirantes, l'euphorie enfantine, l'abolition de la réflectivité irienne, l'albuminose du liquide céphalo-rachidien, font redouter l'évolution d'une paralysie générale.

La situation pendant deux ou trois mois est restée stationnaire, puis peu à peu, l'agitation s'est calmée. Pendant assez longtemps, C... a donné l'impression d'un hypomane : parlant beaucoup, mais sans trop d'incohérence, toujours heureux, optimiste, satisfait de lui-même, voyant toujours les choses par leur bon côté, ne pouvant guère rester en place.

Dans le mois de novembre, il a contracté une dysenterie grave, qui a traîné longtemps; l'état mental, pendant cette maladie, s'est amélioré. Plus d'idées délirantes; aucun signe de déchéance intellectuelle.

L'amélioration s'accroît de plus en plus durant le mois de décembre. Elle se maintient pendant les mois de janvier et février. Au mois de mars, le malade semble complètement remis de ses troubles mentaux et on se décide à le laisser sortir à titre d'essai. Voici, en effet, le certificat de sortie : « ... est actuellement guéri de l'accès de manie symptomatique qui l'avait fait admettre à l'asile. Il est possible que le malade ne soit qu'en rémission; mais ce malade est tout à fait calme, docile et raisonnable et ne paraît guère diminué dans son psychisme. Il peut bénéficier d'une sortie à titre d'essai ». -

Le malade est très bruyant, agité, incohérent, l'état général est bon. Le certificat de vingt-quatre heures résume bien l'état du malade : « ... Présente de l'excitation maniaque, avec grand désordre, des idées de satisfaction, humeur gaie, etc. Mais on note de l'inégalité pupillaire, de la paresse, de la réflectivité irienne, de l'embarras de la parole, peu accusé il est vrai; quelques tremblements, de l'exagération des réflexes rotuliens. Il s'agit très probablement d'association de manie et de paralysie générale. Il est intéressant de signaler que ce malade était entré une première fois à l'asile avec des symptômes à peu près semblables, que les phé-

nomènes maniaques s'étaient amendés, que les phénomènes paralytiques étaient peu accentués, de sorte qu'il avait donné à sa sortie l'illusion d'être complètement guéri ».

Mais, à partir du mois de janvier, le malade commence à maigrir, on redoute l'évolution de la P. G.; en effet, les signes de celle-ci sont nettement accentués.

Le même état se prolongeant les mois suivants, le pronostic est toujours incertain.

Le 7 septembre, le malade a un ictus qui se dissipe vite.

Le 7 janvier 1924, le malade meurt.

OBSERVATION III.

L... (François-Pierre), charpentier, 51 ans, entre à l'asile de Cadillac le 10 mai 1922, venant de l'hôpital Saint-André avec le certificat suivant : « ...est atteint de troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique généralisée, exagération du ton, de l'humeur, avec oscillations brusques, satisfaction habituelle, mobilité de l'attention, instabilité de la pensée, fuite des idées, besoin continuel de parler et d'agir, tendances aux discussions, aux querelles, aux menaces, projets de déplacements et d'organisation excessive de son activité professionnelle. Ethylisme ancien probable. Début des troubles mentaux depuis deux mois environ. Etat général médiocre; amaigrissement, pâleur des muqueuses, hypertension artérielle, faiblesse du myocarde, excitabilité musculaire, mouvements involontaires d'aspect choréique ».

A l'asile, le malade se montre suragité, logorrhéique, présente de l'instabilité de l'attention, de la fuite des idées. Le certificat de vingt-quatre heures est le suivant : « ...présente un état mental se traduisant par de l'euphorie, un besoin de parler et d'agir, de la fuite des idées, de l'instabilité de l'humeur et de l'attention. D'après les renseignements, L... aurait été beaucoup plus agité qu'actuellement. Appoint éthylique probable ».

Pas d'affaiblissement intellectuel, l'orientation est bonne, la maladie évolue comme une vraie manie et au bout de quelques mois le malade devient apparemment tout à fait normal. Enfin, le 16 sep-

tembre 1922, il quitte l'asile muni de ce certificat : « ...est actuellement convalescent d'un accès d'hypomanie qui avait nécessité son internement. Depuis plusieurs semaines, il est calme, raisonnable, s'occupe régulièrement et docilement ».

Le 22 février 1923, L... revient à l'asile avec le certificat d'admission suivant « ... est atteint de troubles mentaux caractérisés par de l'excitation maniaque avec besoin continu de parler et d'agir, de l'euphorie, quelques idées de richesse, un peu de dysarthrie, hyperalbuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ».

L... est bien encore maniaque, mais l'affaiblissement intellectuel et les symptômes de lésions nerveuses commencent à apparaître, et, dans le certificat de vingt-quatre heures, on note : « ... Présente de l'excitation maniaque se traduisant par de la logorrhée incohérente, des idées bizarres et parfois absurdes de puissance génitale. D'après les renseignements, on note de l'albuminose et de la lymphocytose du L. C. R.; il faut ajouter qu'il existe de la paresse des réflexes iriens et de l'embarras de la parole ».

9 mars 1923 : Cette nuit, L... s'est montré violent à l'égard de deux infirmiers.

D. — Etes-vous plus calme?

R. — Oh!... je n'ai jamais coupé trois pattes à un canard...

D. — Depuis quand êtes vous ici?

R. — Il y a quinze jours, je suis à Cadillac... c'est le mois d'avril.

D. — 8 et 5?

R. — 23

D. — 6×6 ?

R. — 42.

D. — 9×6 ?

R. — Ça fait 42 ou 36.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 51 ans $1/2$.

D. — Quand êtes-vous né?

R. — Un dimanche matin, le jour de Saint-Pierre-Es-Lien, en 71, ma mère dépiquait du froment, et pan! à 4 heures, je suis tombé sur la paille... Je suis charpentier... Je suis adjoint au maire de

l'essac... Je suis député... Je suis le premier de Bordeaux... J'ai emballé, pendant trois mois, trois millions de serpents.

Le diagnostic de paralysie générale semble de plus en plus s'imposer, aussi le certificat de la quinzaine est le suivant : « Présente un syndrome maniaque se traduisant par de l'instabilité de l'humeur et de l'attention, de l'incohérence des propos, des idées de puissance et de grandeur, de l'excitation physique. La faiblesse de la réfectivité irienne, quelques tremblements, des achoppements syllabiques, l'albuminose et la lymphocytose du L. C. R. font penser qu'il s'agit de la paralysie générale associée à de la manie ».

La P. G. continue son évolution, le malade s'affaiblit de plus en plus les mois suivants et meurt le 13 octobre 1924.

OBSERVATION IV.

R... (Fernand-Emile), âgé de 45 ans, comptable, entre à l'asile de Cadillac le 26 novembre 1923, venant du pavillon d'observation de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, avec le certificat suivant : «... est atteint de troubles mentaux caractérisés par de l'affaiblissement global et progressif des facultés mentales, troubles profonds de la mémoire et du jugement, erreurs grossières, méconnaissance complète de son état maladif. Excitation psychique surajoutée, bavardage, propos interminables, chants, cris, colères bruyantes, activité désordonnée, actes de violences. Signes de lésions organiques du système nerveux, troubles pupillaires, dysarthrie, exagération des réflexes tendineux, albuminose et lymphocytose céphalo-rachidienne avec réaction de B. W. positive, etc. Délire remontant à un an; évolution lente et progressive.

A son entrée à l'asile, le malade est très agité, affaibli au point de vue général, il reste alité.

D. — Etes-vous content?

R. — ... pas ... ils m'ont foutu un narcotique... ils m'ont branlé... Je suis à Cadillac, j'en ai tué six.

D. — Qu'est-ce que Cadillac?

R. — C'est un patelin, il y a des fous, tu ne sais pas, il est con... marchand de fous..

D. — Quel âge?

R. — 45 ans, je les aurai demain ou aujourd'hui... maintenant

D. — En quelle année êtes-vous né?

R. — En 1873... voyons, je suis né en 1879.

D. — Êtes-vous marié?

R. — Je me suis marié à 28 ans... Je devais me marier à 27, j'avais la roséole..., oui j'avais 26 juste.

D. — Vous a-t-on soigné?

R. — Ne fais pas trembler... c'est la maladie... dis donc ballot..

D. — Quelle est votre profession?

R. — Non, mais tu blagues, mon père adoptif.

D. — Êtes-vous fort?

R. — ... Oui, Alibert m'a soigné il y a quinze jours...

D. — Êtes-vous riche?

R. — Tiens, tu le sais bien... ma fortune est de 500.000... je suis nerveux, tu sais...

D. — Quel mois sommes-nous?

R. — Je te dis le 2 ou 3 décembre... mon anniversaire c'est aujourd'hui... Henriette, c'est ma femme...

D. — Avez-vous des enfants?

R. — Je n'ai pas d'enfant.

D. — Quelle est votre profession?

R. — Tu la connais, tiens, voilà mes cinq cartes... je suis prince apparenté à Alibert.

D. — Où restez-vous?

R. — Ici.

L'agitation a dû être très violente, car le malade présente de nombreuses ecchymoses provenant en partie de moyens de contrainte employés. Il existe, en outre, une ulcération large comme une demi-paume de main à la face externe de la jambe gauche, ulcération profonde intéressant les muscles et les tendons, dont deux sont sectionnés; les caractères syphilitiques de cette plaie sont nets.

Certificat de vingt-quatre heures. — « ... Est atteint de paralysie générale se traduisant par de l'agitation à forme maniaque, du défaut d'attention, de l'incohérence des propos, de la confusion des

idées du délire des grandeurs. Les troubles oculaires sont peu accusés; il en est de même de l'embarras de la parole et des tremblements; mais le malade est gâteux, présente des eschares, et l'état général est mauvais. »

Un traitement antisypilitique est immédiatement institué à cause de la plaie de la jambe. L'état réactionnel du malade reste le même pendant les jours qui suivent : toujours de l'agitation vive, de l'euphorie, de l'humeur gaie, de la fuite des idées. Le certificat de quinzaine ne fait que répéter celui de vingt-quatre heures.

10 janvier 1924 : « Depuis une dizaine de jours, le malade est amélioré tant au point de vue de l'agitation physique que des idées délirantes; il cause normalement; son attitude est réservée. On ne trouve presque plus de tremblement ni d'embarras de la parole, les pupilles réagissent paresseusement, mais réagissent. »

D. — Avez-vous été malade?

R. — Oui, j'ai été malade, j'ai été avec ma femme à l'hôpital.

D. — A quelle date?

R. — On m'a gardé le 14 novembre...

D. — Aviez-vous cessé votre travail?

R. — Je n'avais pas cessé mon travail.

D. — Faisiez-vous votre travail facilement?

R. — J'avais des difficultés à le faire, surtout dans les derniers jours.

D. — Aviez-vous beaucoup de travail?

R. — J'étais caissier et comptable, et les affaires de la maison se montent à 12 ou 13 millions.

D. — Vous êtes le fils de M. Alibert?

R. — Mais non, mais non, je ne suis pas le fils de M. Alibert.

D. — Avez-vous de l'argent?

R. — Oui, j'ai bien quelque argent, mais je ne suis pas riche.

D. — 8×9 ?

R. — 72.

D. — 7×6 ?

R. — 42.

Le malade, avec quelques hésitations, parvient à faire correctement une division.

D. — Quelle maladie avez-vous eue?

R. — J'ai eu la vérole en 1905.

D. — Pendant combien de temps vous a-t-on soigné?

R. — J'ai été soigné pendant plusieurs années au début, trois ou quatre ans. J'ai cessé tout traitement depuis quinze ans... puis, comme je sentais des malaises, que j'avais eu des furoncles, des boutons, j'ai été trouver le Docteur B... en 1922, qui m'a fait 15 piqûres je ne sais pas de quoi; j'allais de temps en temps trouver ce Docteur B..., j'ai eu des frictions mercurielles.

A l'asile, le malade est occupé dans les services administratifs et s'acquitte parfaitement de sa tâche. Cette rémission dure jusqu'à fin mars; à cette époque, il retombe dans une confusion et est complètement désorienté. Bientôt les eschares apparaissent, mais, traités au moyen d'injections de cyanure et d'iodure, guérissent, parallèlement, l'état mental s'améliore. C'est une deuxième rémission.

Le malade reste quelque temps dans cette rémission pour retomber de nouveau dans l'agitation, et ceci se répète plusieurs fois pendant l'année 1924 et 1925, chaque chute correspondant à un état de déchéance aussi bien mental que physique suivi d'eschares. Cependant, vers la fin de l'année 1925, la maladie semble suivre un cours beaucoup plus rapide, l'affaiblissement mental est très accentué, et, le 6 janvier 1926, le malade meurt.

OBSERVATION V.

R... (Georges), âgé de 34 ans, employé aux chemins de fer, venant à l'Hôpital Saint-André, entre à l'asile le 10 mars 1921.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels; R... serait malade depuis plus d'un an, et la maladie aurait débuté par une très grande tristesse, suivie d'un accès de gaieté folle. Il est impossible d'obtenir des renseignements plus précis.

11 mars 1921 : R... est très agité, bavarde à tort et à travers..., grande difficulté de capter son attention; continuellement en mouvement...

D. — Pourquoi êtes-vous rentré à l'Hôpital Saint-André?

R. — Pour me reposer... Je suis le Président de la République...

D. — Quelle est votre profession?

R. — Je suis tout ce que vous voudrez... Je vous réserve un poste au ministère des Affaires étrangères... J'ai 16 millions à Paris par jour...

Impossible d'obtenir des réponses ayant quelque sens.

Certificat de vingt-quatre heures. — ... Est atteint de paralysie générale, caractérisée par des idées délirantes absurdes de richesse, de grandeurs; de l'humeur béatement satisfaite, de la paresse des réflexes iriens, quelques tremblements de la langue, des symptômes de parésie spasmodique au niveau des membres inférieurs, du gâtisme.

25 mars 1921 :

D. — Depuis quand êtes-vous ici?

R. — Depuis le 10 mars... Nous sommes le 28... C'est le calendrier... Je ne l'ai pas là... J'ai été le chercher dans mes vêtements...

D. — A quelle époque avez-vous eu la syphilis?

R. — C'est en 1900. J'ai 34 ans.

D. — Vous l'avez contractée à 14 ans?

R. — Non à 20 ans.

(Impossible d'obtenir d'autres précisions.)

D. — Etes-vous content?

R. — Oui, tout me fait plaisir.

D. — Quelle est votre profession?

R. — Je suis sans profession... Ma femme est à Libourne, J'ai 350 milliards, je vous en ferai passer un...

Le malade se tient assez difficilement debout; on constate une hydrarthrose très accusée au niveau du genou gauche... Il gâte et commence à avoir des eschares. Le certificat de quinzaine est à peu près identique à celui de vingt-quatre heures.

En présence de l'hydrarthrose du genou et des eschares précoces, on institue le traitement antisiphilitique. Au bout de trois mois environ, pendant lesquels le malade a toujours été agité, bavard, grossier, incohérent, une amélioration notable se dessine.

R... peut se lever, se tenir comme tout le monde; les eschares sont guéris; son attitude est devenue correcte; mais il est toujours béatement satisfait, assez nettement déchu au point de vue intellectuel, et

présente des signes somatiques, mêmes plus accentués qu'à son entrée,

Une amélioration se dessine, et, au début du mois d'octobre, le malade est très amélioré au point de vue mental on peut parler de rémission. L'état organique sous-jacent, cependant, a laissé une profonde empreinte. La récupération n'est point totale. Il est très diminué intellectuellement, son jugement est faussé, il n'a qu'une conscience réduite de son état. Et la disparition des idées délirantes, quoique réelle, ne marque qu'une pause dans l'évolution de la maladie. Sa famille, cependant, insiste pour le reprendre, croyant à une guérison devant cette amélioration de l'excitation. Mais le médecin la déconseille.

Cet état se maintient jusqu'au mois de septembre 1922; à cette date, le malade tombe dans une prostration qui, d'ailleurs, se dissipe vite puisque, devant l'insistance de la famille, le médecin cède et le laisse sortir à titre d'essai au mois d'octobre. Réintégration au mois de novembre. Dès lors la P. G. semble unique maîtresse, une évolution progressive s'établit, et le malade meurt le 9 mars 1923.

OBSERVATION VI.

F... (Gaston), 45 ans, chef des postes des Contributions indirectes, licencié en droit, entre à l'Asile de Cadillac le 22 novembre 1924. Pensionné de 1^{re} classe, placé volontairement. Le certificat d'internement est le suivant : « ... est atteint de paralysie générale progressive, achoppement, troubles de la parole, inégalité pupillaire, idées délirantes de grandeur et de puissance (se croit le Bon Dieu), etc., avec réactions antisociales... »

Dès son entrée à l'asile, le malade est très agité, hypersthénique, logorrhéique. On est obligé de le placer dans le quartier des agités et de l'isoler.

D. — Etes-vous malade?

R. — Ça m'est venu tout d'un coup... je suis l'envoyé du Bon Dieu et j'ai une mission de lui... j'ai eu la vérole et je veux te montrer les traces... Ne m'excite pas, tu sais, je suis un délégué de Dieu... Mais tu ne sais pas que je m'étais suicidé... A A... J'étais le premier com-

mis des contributions indirectes... j'avais attrapé la vérole... attends... début de l'administration... février... du coton dans les oreilles... j'ai déjà suivi trois traitements et mon Wassermann est positif... J'ai fait la guerre et j'ai été blessé... c'est un miracle... quand à ma mémoire ancienne, tu sais elle est là et, tu sais, la tienne est un peu foutue... Quand nous nous sommes quittés, et bien, où étais-tu? (le malade a connu le médecin autrefois) Ah! tu ne connais rien, tu ne connais pas Fernande la poule de... et puis la poule du docteur L... ah! tu ne connais rien... J'étais avec mes parents dans un château, mais j'appelle ça une barraque... T'en fais pas pour moi va, va voir les autres malades... Je suis marié mon vieux, marié, remarié, mais les enfants, nous avons la Sainte Vierge.

De toute évidence, on se trouve devant un paralytique général à forme maniaque et le certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : « Paraît atteint de paralysie générale se traduisant par de l'agitation à forme maniaque, un certain degré d'affaiblissement intellectuel, des idées délirantes de grandeur et de mysticisme, de l'immobilité pupillaire, quelques achoppements, de l'exagération des réflexes rotuliens. »

Le malade continue à être agité. Toujours quelques idées de mysticisme, de l'incohérence. A le voir enjamber la cour du quartier, sautant, bavardant, chantant, fleuri d'un gros hortensia à sa boutonnière, on croirait avoir affaire à un pur maniaque.

L'agitation devient tellement forte qu'on est obligé de le transporter au quartier d'agités, dans une cellule où il ne cesse de chanter, de crier, de frapper contre la porte de sa cellule, de barbouiller les murs.

Puis, au bout d'un mois, l'agitation se calme peu à peu, le malade est encore en état d'excitation, bavarde, mais de moins en moins. Du quartier d'agités, il passe à l'infirmerie où il reste encore une quinzaine de jours avec une excitation moyenne, bavard, gai, sautant de joie, et fleuri toujours. Puis, il se calme de plus en plus, peut rester au pensionnat. L'amélioration se poursuit graduellement, mais réellement. Et elle devient telle qu'au mois de juillet 1925, le malade quitte l'asile complètement guéri de ses idées délirantes qu'il a rectifiées, reconnaissant leur base pathologique.

Cependant, il a conservé un peu de dysarthrie et quelques légers signes somatiques.

Depuis sa sortie, c'est-à-dire depuis cinq ans, le malade a écrit plusieurs fois à M. Ducos, et, dans ses lettres, on ne relève aucun caractère pathologique. Il a repris son poste et s'acquitte convenablement de ses fonctions.

OBSERVATION VII.

B... (Ernest-Jean-Pierre), âgé de 35 ans, entre à l'Asile de Cadillac le 8 juillet 1925.

Il y a quatre mois que B... commençait à menacer et à brutaliser sa femme, il l'a même frappée à la figure et, armé d'une bouteille, a voulu la tuer. Sans raison aucune, il menaçait son garçon d'hôtel, voulant le tuer. Parti à la pêche avec tous ses ustensiles et une bicyclette, il revient le lendemain dans un taxi sans rien, ne sachant ce que les affaires qu'il avait emportées étaient devenues. Il lui est arrivé fréquemment d'uriner ou de commettre des actes obscènes dans la rue sans se préoccuper de la gravité de ses actions.

Il reste couché sur un banc devant sa porte des heures entières, s'égratigne la figure, se met le visage en sang, jette des cailloux aux enfants au risque de leur faire du mal.

Conduit à l'Hôpital Saint-André, il vient à l'asile avec le certificat suivant : « ... Est atteint de troubles mentaux caractérisés par de l'affaiblissement global et progressif des facultés psychiques, diminution appréciable de la mémoire et du jugement, oublis grossiers, propos absurdes, perte du sentiment des convenances, négligence de ses intérêts, achats inconsidérés, fugues avec désorientation et perte des objets emportés; euphorie, satisfaction niaise, projets grandioses d'affaires commerciales, récits inconsidérés d'exploits sportifs et de gains excessifs. Alcoolisme chronique ancien, bouffées hallucinatoires zoophiques récentes, accès de colères violentes avec menaces et brutalités contre l'entourage, excès plus copieux de boissons avec redoublement ébrieux des réactions dangereuses. Quelques symptômes de lésions organiques du système nerveux, troubles pupillaires, dysarthrie légère, exagération des réflexes tendineux. »

A son entrée à l'asile, le malade est excité, logorrhéique, mais n'est pas à proprement parler violent; le certificat de vingt-quatre heures est libellé comme suit : « ... Est atteint de troubles mentaux caractérisés par un certain degré d'affaiblissement des facultés intellectuelles, par du puérilisme, une humeur béate et satisfaite, des idées niaises de grandeur; exploits sportifs, réussite commerciale extraordinaire, projets grandioses. Le malade nous dit éprouver des cauchemars terrifiants et montrer depuis quelque temps une irritabilité manifeste. Les renseignements mentionnent des actes de violence vis-à-vis de l'entourage et des outrages publics à la pudeur. Au point de vue physique, tremblement des extrémités de la langue et des lèvres, dysarthrie, troubles pupillaires, exagération des réflexes tendineux. Alcoolisme chronique ancien. »

Au bout de quelques jours, le malade est légèrement amélioré, cependant il est toujours affaibli au point de vue mental, il est puéril. Il a des fuites des idées, de l'instabilité d'attention, fausses interprétations, ne se rendant pas compte de sa situation.

Pendant les mois suivants, l'état physique se maintient au point de vue psychique; l'excitation diminue, mais les fausses interprétations persistent aussi actives.

L'amélioration s'accroît l'année suivante, le malade récrimine moins, est moins puéril, moins inconstant dans ses idées.

Vers la fin de cette même année, le malade paraît très amélioré, il est calme et docile, n'a pas de projets extravagants et demande sa sortie.

Cependant, depuis juin 1928, la dysarthrie légère, qui avait été signalée au moment de l'admission du malade et qui avait disparu depuis, s'est manifestée à nouveau plus intense. A la ponction lombaire on trouve une albuminose intense; aussi une certificat de situation est ainsi libellé : « ... Est atteint de méningo-encéphalite diffuse avec affaiblissement global encore peu accentué des facultés intellectuelles, humeur variable, signes physiques nombreux d'altération organique du système nerveux central; abolition des réflexes irridolumineux, embarras de la parole, vivacité des réflexes tendineux, tremblements. Cet état paraît devoir être chronique et nécessite son maintien dans un asile d'aliénés. »

OBSERVATION VIII.

A... (Joseph-Antonio), sujet italien, âgé de 42 ans, journalier de profession, Entre à l'Asile de Cadillac le 14 novembre 1928 venant de l'Hôpital Saint-André.

Le certificat d'internement porte : « ... troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique constitutionnelle, avec bavardage, vanité puérile, exagération du ton et de l'humeur; apparition récente de paroxysmes d'agitation bruyante et désordonnée, avec cris, injures, hurlements, menaces et scènes scandaleuses. Déjà mis en observation le 30 octobre 1928, s'était montré durant son séjour suffisamment calme et lucide pour pouvoir être remis à sa famille le 4 novembre. Depuis sa mise en liberté, réapparition rapide de l'agitation, actes inconsidérés, réactions violentes et brutales. Signes somatiques et humoraux de méningo-encéphalite syphilitique chronique (lymphocytose et hyper-albuminose du liquide céphalo-rachidien avec réaction de Bordet-Wassermann franchement positive...). »

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont vivants; celle-ci est d'un caractère vif et emporté. A... serait tombé sur la tête d'une hauteur de plus d'un mètre à l'âge de 10 ans. A 22 ans, il a été atteint par du paludisme. Pendant la guerre, il a contracté une bronchite, passée d'ailleurs à l'état chronique. Caractère vif, nerveux, emporté. Il présentait de temps à autre et depuis son enfance des crises : après une colère assez vive il tombait, agité de convulsions, ne se souvenait pas de sa chute. Quelques excès de boissons.

A son entrée à l'asile le malade est très agité, tout à fait incohérent, tenue désordonnée, cris, chants continuels.

D. — Quelle date sommes-nous ?

R. — Le 24 ... mois ... mai ... novembre ... année 1998 ... 1929 ... mais non 1928 ... je suis tapé ... (se frappe la tête et dit :) Je me coupe le cervelet.

D. — Etes-vous fasciste ?

R. — Tous morts Mussolini...

D. — Depuis quand êtes-vous en France ?

R. — Tout petit... Je n'avais par l'âge de la raison... nous sommes 11 sœurs et 17 frères... je suis fils d'Egyptien... j'ai 5 millions à la poste... j'ai 42 ans finis... je suis né le 22 janvier 88... vous êtes le maire de Bordeaux ?... vous êtes venu à Saint-Augustin avec les 120 sociétés de gymnastique... j'ai eu 120 médailles... c'est moi qui ai défendu la Belgique... j'ai été trois fois général... j'ai plus de 30 blessures et je ne suis pas mort... j'ai 15 départements à moi entre la Silésie et la mer glaciale.

D. — $7 \times 7 = ?$

R. — ...

D. — $4 \times 8 = ?$

R. — ...

D. — $8 + 8 = ?$

R. — 16.

D. — $2 \times 16 = ?$

R. — 32.

D. — $3 \times 8 = ?$

R. — 24.

D. — $32 + 24 = ?$

R. — Ça fait 46, ... 57, ... 67, ça fait 56.

D. — Jamais en classe ?

R. — ... je me suis appris le français.

D. — A quelle époque a été déclarée la guerre ?

R. — En 14 ... le 2 août ... elle a duré jusqu'en 18.

D. — Quel mois ?

R. — J'ai été démobilisé en avril.

D. — Combien a duré la guerre ?

R. — Pas tout à fait en premier.

D. — Qui se battait ?

R. — Les Boches... Les Espagnols qui ont saboté nos torpilleurs... L'Autriche... Les Russes nous ont laissé tomber... puis les cannibales qui mangent l'être humain.

Le docteur Ducos délivre le certificat de vingt-quatre heures ainsi libellé : « ... Présente un état maniaque se traduisant par de l'instabilité de l'humeur et de l'attention, une légère désorientation dans

le temps, des propos tout à fait déconsus, une excitation physique très vive. Mais ce malade présente en outre des idées de grandeur, de richesse, d'honneur tout à fait puériles. Il s'agit donc de manie associée à de la paralysie générale bien qu'au point de vue somatique il n'existe comme symptôme de cette maladie uniquement que de l'exagération des réflexes rotuliens et une paresse de la réflectivité irienne à la lumière. »

Et la crise d'excitation continue, agitation, cris, chants nuit et jour. Au quartier d'agités on est obligé de passer le malade en cellule tellement l'agitation est intense.

Le certificat de quinzaine confirme le diagnostic porté dès l'entrée du malade, aussi y lit-on : « ... Présente de la manie aiguë associée à la paralysie générale. L'agitation du malade est extrêmement vive; il ne parle qu'en italien et il nous est impossible de comprendre ses réponses; il n'existe aucun embarras de la parole, pas de tremblements... »

En effet, l'interrogatoire de la quinzaine se réduit à peu de chose, le malade était très agité et ne répondait aux questions qu'on lui posait qu'en italien :

« ... fais caco ... caco ... ça vient de Chicago. »

D. — Avez-vous déjà été interné dans un asile ?

R. — Non.

D. — Depuis quand êtes-vous en France ?

R. — Depuis que je suis né... je suis français... Puis il continue à parler en italien de sorte qu'il est impossible de rien comprendre.

30 novembre : Toujours très troublé et extrêmement agité, ne peut rester en place ni nuit ni jour. Cris, chants continuels.

13 décembre : Au point de vue physique l'état est satisfaisant, mais l'agitation est toujours aussi intense, tellement forte qu'on ne peut permettre à sa femme de venir le visiter.

30 décembre : L'excitation terrible semble commencer à épuiser le malade au point de vue physique. Nuit et jour il crie, chante, déchire tout ce qui lui tombe sous la main.

10 janvier 1929 : Le malade s'affaiblit de plus en plus. L'excitation ne cesse pas. Et cette agitation semble précipiter le cours de la maladie. On doit craindre une aggravation continue et rapide.

11 janvier : En effet, le malade est tellement affaibli, dans le marasme, qu'on est obligé de le passer au quartier des gâteaux. Le soir même, à 18 h. 30, il meurt.

OBSERVATION IX.

J... (Maurice-Armand), âgé de 40 ans, voyageur de commerce, entre à l'Asile de Cadillac le 12 octobre 1927, venant de l'Hôpital Saint-André.

Le certificat d'internement porte : « ... est atteint de troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychomotrice généralisée, cris, chants, bavardages, gesticulations, besoin de déambulation, désordre des vêtements et de la literie, accélération du cours des idées, humeur excessive et variable, etc., a été arrêté sur la voie publique où il faisait du scandale.

On possède peu de renseignements au point de vue héréditaire; sa mère serait morte à l'âge de 28 ans, son père à l'âge de 40 ans; il aurait eu un frère jumeau noyé accidentellement à l'âge de 5 ans. Il a fait la guerre, s'est très bien comporté, a eu plusieurs citations et médailles, une blessure à la jambe droite, une blessure à la tête pour laquelle il a subi la trépanation. Quelques mois avant son entrée a eu des chagrins d'ordre intime.

A son entrée à l'asile, le malade se montre déjà assez calme, hypomaniaque, mais pas agité à proprement parler.

D. — D'où venez-vous?

R. — C'est M. Charron qui m'a conduit à Saint-André... il m'a dit qu'il fallait me guérir... je ne souffre de rien... je suis très content.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — J'ai 41 ans, je suis né le 16 septembre 1927... je suis né à Mailiane... je suis voyageur de commerce, je suis réformé à 100 p. 100.

D. — Etes-vous solide?

R. — Très solide.

D. — Plus solide qu'un autre?

R. — Je vaux un homme... le 12 mai 1918 j'ai été blessé... on m'a calé la cervelle.

D. — Où ?

R. — ... est de dit-on...

Le malade est incapable de faire une division.

D. — Pendant la guerre quels ont été nos alliés ?

R. — Les Russes, les Anglais, les Italiens, les Belges, les Turcs ou les Grecs...

D. — A quelle date a-t-elle été déclarée ?

R. — Le 2 août 1914.

D. — L'armistice ?

R. — Le 11 novembre 1918.

D. — Avez-vous déjà été interné ?

R. — Je ne me souviens pas.

Certificat de vingt-quatre heures. — « ... présente un état mental caractérisé par de l'euphorie, le sentiment de force, de supériorité. Il n'existe pas d'affaiblissement intellectuel évident. On note en outre de la paresse des réflexes iriens et de l'abolition des réflexes rotuliens. Les réactions sont hypomaniaques. La paralysie générale est à redouter. »

Les jours suivants la malade présente une légère agitation qui devient de plus en plus forte, de sorte qu'au bout de quelques jours on est obligé de le passer au quartier des agités.

Interrogatoire de la quinzaine :

D. — Quelle date sommes-nous ?

R. — Nous sommes le 26 novembre... décembre... je souffre du silence... je pleure, on ne me donne pas de quoi écrire, vous voudrez donner de mes nouvelles à mes parents ? (le malade pleure, est très agité et incohérent.)

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Un mois... deux mois... on m'a foutu des coups... s'il y a des Français... non très fort... très faible, on m'a tué..., je partirai en avion pour que les Américains me soignent.

D. — Avez-vous eu la vérole ?

R. — Non, jamais de vérole... Je suis un bon garçon... j'ai une propriété... vous serez bien reçu... on m'a nommé député de Sartènes... il me faut des poulets...

D. — Êtes-vous riche?

R. — Non je ne suis pas riche; j'ai des millions aux langues... j'ai l'intelligence qui vaut un million... je parle 7 langues et je les écris de même.

Certificat de quinzaine. — « ... présente un état d'excitation maniaque avec fuite des idées, instabilité de l'humeur et de l'attention, propos incohérents. Il n'existe pas d'affaiblissement intellectuel; mais les signes oculaires, l'abolition des réflexes rotuliens, l'euphorie béate, les idées délirantes de richesses, de force, de supériorité indiquent qu'il s'agit soit d'un accès maniaque greffé sur une syphilis nerveuse, soit, d'un accès maniaque compliquant un début de paralysie générale. Du fait de l'agitation du malade la ponction lombaire n'a pu être faite. »

L'agitation dure quelques jours, mais déjà, au bout de dix jours, le malade se calme, et, le 10 novembre, on fait la ponction lombaire et on trouve de l'albuminose. Le malade devient tout à fait calme, tranquille, commence à se lever. Les mois suivants, le calme continue; il commence à s'occuper des travaux du quartier, de sorte qu'au bout de quelques mois on le passe au quartier des travailleurs. Employé aux travaux de cuisine il s'acquitte convenablement de son travail et reste ainsi jusqu'à ces derniers temps. Vers le 15 mai 1929 il a une crise, on le trouve un matin dans son lit sans parole, en état d'agitation. Passé à l'infirmerie il demeure dans un état de stupeur, de confusion, l'agitation motrice est assez accusée, le malade n'a pas l'air de comprendre quand on lui parle; actuellement, il est dans cet état de dépression.

OBSERVATION X.

O... (Jeanne-Laure), âgée de 33 ans, professeur de piano, entre à l'Asile de Château-Picon le 13 juin 1920.

Père bien portant; mère morte à l'âge de 44 ans. Rien de particulier du côté nerveux et mental.

Une fille morte à l'âge de 10 mois d'une bronchite capillaire, un garçon mort en naissant.

Céphalées fréquentes dans l'enfance.

Femme de tempérament nerveux; très bonne musicienne.

Depuis quatre mois, progressivement, s'est mise à avoir des idées de grandeur, à faire des dépenses inconsidérées, à se dire très grande musicienne; son mari est très intelligent, fait de très bonnes affaires; entend des réflexions désobligeantes sur son passage; la nuit, cauchemars, rêves terrifiants. Hier une agression a eu lieu sous ses fenêtres, elle est descendue et a saisi un des malfaiteurs. Depuis, très exaltée, veut acheter un revolver pour se défendre. Enceinte de huit mois.

Certificat d'admission. — « Psychose puerpérale caractérisée par une excitation continue qui la force à des achats inconsidérés, à des fugues en des tenues légères, à des discussions et à des violences. Les actes sont conditionnés par un délire onirique naissant la nuit et se prolongeant le jour; délire qui lui fait croire à l'existence de scènes de meurtre auxquelles elle participe. »

13 juin 1920 : « Vous allez voir ici Philippart, Louis Eschender, c'est mon amant, il a attrapé six mois de prison; il a violé une fillette de 12 ans, il fallait qu'il soit fou... Je suis pianiste... j'ai été le faire pincer, il a perdu 100.000 francs dans une maison de jeu, rue Saint-Vincent-de-Paul, à la passe anglaise, le mot c'est Wans-ter... »

Continue à donner des détails aussi précis que peu intéressants sur des orgies et des maisons de jeu; volubilité extrême :

« On m'a volé 6.000 francs de bijoux, un type payé par lui. Mon amant voit la photographie de mon mari sur le piano, il me dit : « Qu'est-ce celui-là, je le connais, c'est un nigaud... » — Je lui dis : « Et couillon, c'est mon mari... » — « Non de Dieu, dit-il, c'est la fatalité. »

« Nous avons gagné 70.000 francs cette année...

« Quand je serai engagée au théâtre je gagnerai bien 25.000 francs n'est-ce pas ? Puis il faudra que Louis me donne du pèze. »

Parle argot avec complaisance.

« J'ai droit à la Légion d'honneur puisque cette nuit j'ai défendu des types... »

Enumère les noms de personnalités bordelaises qui ont fait ou vont faire d'elle leur maîtresse...

Se montre nue avec complaisance.

Réflexes pupillaires et rotuliens normaux.

Abdomen très volumineux, la palpation ne permet pas de définir nettement la position; femme grosse.

14 juin : « Cette nuit j'ai vu le même drame que j'ai vu l'autre nuit, mais cette nuit c'était du rêve. Je ne sais pas ce que j'ai depuis quelques jours... »

Certificat de vingt-quatre heures. — « ... atteinte de psychose puerpérale caractérisée par une vive excitation de la logorrhée, de l'instabilité motrice et par un délire complexe dont il faut vraisemblablement rechercher l'origine dans une activité orinique excessive. Cette malade aurait multiplié, avant son internement, des actes délirants, achats inconsidérés, sortie dans des tenues équivoques, etc... »

26 juin : Grande excitation psychique et verbale; chant incessant, grande loquacité; ne reste pas au lit. Ne cesse de circuler en chemise et toujours impudique.

L'accouchement s'effectue d'une façon normale. La malade est un peu abattue; plus calme, mais l'excitation psychique subsiste.

29 juin : *Certificat de quinzaine.* — « ... Est atteinte de psychose puerpérale caractérisée par une vive agitation physique et psychique, de l'instabilité, un bavardage incessant, quelques idées délirantes à caractère rétrospectif. Cette malade a accouché dans le service d'une petite fille bien portante. L'état mental ne s'est pas modifié depuis. »

7 juillet : Récriminations à base délirante, passe ses journées à se promener dans le parc, à causer, à jouer du piano et à coudre. L'instabilité persiste avec tendance à accuser les autres, le personnel, le médecin, ses parents, des pires méfaits.

11 juillet : L'instabilité avec légère excitation, plus grande que les journées précédentes; bavardage incessant; rire, cri, chant, récriminations.

22 juillet : L'excitation se calme, la malade reprend ses occupations, celles qu'elle se donne elle-même : causerie, promenade, musique, etc. Elle est mieux que jamais depuis son arrivée. Est fort aimable.

Sortie de l'asile le 31 juillet 1920.

Deuxième admission le 16 avril 1923.

Certificat de vingt-quatre heures. — « ... présente un syndrome maniaque caractérisé par de l'incohérence de propos, la pauvreté des idées que la malade déclame sur un ton lyrique, par de l'agitation, des cris, des violences, des impulsions, des gestes irréfléchis. Immédiatement après son arrivée Mme O... a fait une tentative de suicide. »

17 avril 1923 : Malade très agitée, se promène toute nue dans sa chambre. Relève sa chemise avec une parfaite impudeur. Gesticule, bavarde continuellement à haute voix :

« Ah, vous voilà, Docteur; je suis contente que vous veniez me chercher. Allez vite prendre une belle automobile... nous irons à Paris à l'Opéra-Comique. » (Se met à chanter un air d'opéra.)

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — (S'arrête de chanter.) Il y a trois jours que j'étais à Paris (reprend l'air commencé et commente la beauté de sa voix). J'ai raté le si... et puis je veux être danseuse étoile.

D. — Pourquoi ici maintenant ?

R. — Parce que je veux voir mon beau Docteur... tu auras un chauffeur... tu auras de beaux costumes... commande un aéroplane pour le soir... et puis Dartagnan qui fait du cinéma, je tournerai avec lui... Mais qu'est-ce que tu écris ? et puis je fais des vers très bien... sculpture...

D. — Quel âge ?

R. — 35 ans, la fleur de l'âge... née le 26 août 1887 (s'exprime sur un ton déclamatoire)... ah que je t'aime... (chante et se met en colère contre elle-même car elle ne peut pousser facilement les notes aiguës).

D. — Que faites-vous ?

R. — Grand premier rôle de la troupe (véritable hurlement) ... Entends-tu cette jolie voix ? ... Je ferai une jolie Manon... (chante plusieurs couplets de *Manon*)... Ce prophète, Faust...

La malade nous entretient avec une parfaite désinvolture de ses charmes, de sa voix magnifique pour laquelle on lui offre des millions et de sa vie sur les principales scènes du monde; de ses relations; elle saute d'un sujet à l'autre avec rapidité. Les faits qui relient les différentes idées sont parfois difficiles à saisir.

Les idées exprimées sont généralement assez pauvres et toujours les mêmes. Elle ne parle guère que de succès au théâtre, que de riches promesses d'argent de la part des directeurs, d'aventures galantes, le ton est emphatique et déclamatoire.

D. — Enfants ?

R. — Elle est belle, elle a 4 ans.

D. — D'autres ?

R. — J'en avais un autre qui aurait 20 ans, il est mort d'une bronchite capillaire à 2 ans...

Certificat de quinzaine. — Cette malade présente un syndrome maniaque fait d'agitation, d'instabilité, de discours incohérents, d'insomnie partielle et de gâtisme.

La pauvreté du fond mental, un peu de dysarthrie, quelques troubles pupillaires doivent imposer des réserves sur la pureté de l'accès maniaque. Une ponction lombaire sera nécessaire pour établir définitivement le diagnostic.

La malade se refuse absolument à la ponction.

Au cours de l'année suivante la malade se calme, mais refuse toujours la ponction.

Juin 1924 : Amélioration manifeste. Beaucoup moins agitée. Cris et chants disparus. Sommeil et alimentation régulière. Se promène dans le parc, cause, s'occupe.

Juillet : De nouveau agitée, désordonnée, incohérente dans ses propos, gâtisme, souille son lit.

Décès le 31 janvier 1925.

Réflexions.

Les malades dont nous publions les observations se présentent avec un cortège symptomatique tel qu'il est bien difficile de poser un diagnostic précis. Si chez quelques-uns on trouve des signes assez nets et bien accusés de méningo-encéphalite — encore faut-il que celle-ci soit un peu avancée — par contre, chez la plupart, ils manquent, et la symptomatologie se réduit à quelques idées délirantes, à une excitation, sans aucune altération du fond mental, et sans aucun signe somatique.

C'est, le plus souvent, un état maniaque des plus nets, caractérisé par de l'humeur gaie ou coléreuse, de l'instabilité de l'attention, des propos incohérents avec idées de richesse, de grandeur, d'honneur...

C'est quelquefois une excitation maniaque caractérisée par la fuite des idées, de l'instabilité de l'attention, de l'excitation physique et psychique, de l'humeur béate, des idées de satisfaction de grandeur...

C'est enfin une agitation des plus intenses, véritable folie furieuse, avec cris, chants continuels jour et nuit, le malade déchirant tout, barbouillant les murs de matières fécales, etc.

Bref, on trouve des troubles intellectuels, des troubles affectifs, en un mot des troubles de perversion fonctionnelle, attribués à l'exaltation des éléments nerveux, et non pas des symptômes d'abolition fonctionnelle résultant de la dégénérescence de la couche corticale du cerveau.

Mais ce n'est pas tout. L'aspect clinique de la maladie est tel que l'on ne peut trouver que des symptômes d'un état constitutionnel des plus purs et que l'on est alors dans l'impossibilité de prévoir la gravité du mal. L'évolution, au bout de quelques mois, va enlever les derniers doutes et forcer le clinicien à confirmer son diagnostic d'un état constitutionnel.

En effet, après une régression régulière tout comme dans un accès isolé, le malade entre dans une période de calme. Cette amélioration s'accroît de plus en plus et, généralement au bout de quelques mois, la récupération est tellement nette que l'on ne peut s'empêcher de croire à une guérison.

Si l'on veut envisager cet accès comme symptomatique de la P. G., comment expliquer avec la notion d'organicité, la cessation des phénomènes réactionnels de l'organisme et à quoi attribuer la régression quasi complète des symptômes? Les décharges toxi-infectieuses sont difficilement concevables avec un foyer générateur constant et définitivement installé. La périodicité des phénomènes dans les maladies du système nerveux était soutenable avant les notions précises de l'organicité telle que l'on la comprend aujourd'hui en

médecine, et en particulier à propos de la P. G. Lorsque Morel écrit : « Cette loi du retour périodique des phénomènes maladiés domine la pathologie entière des affectations nerveuses. » Et lorsque Requet, en développant cette loi de Morel dit : « La cause constante de cette périodicité nous est connue..... Ses accidents périodiques ne sont pas directement produits par elle (lésion). Ils sont motivés par une hyperplasie névroglique diffuse, véritable fécondation anarchique passagère et, en partie seulement, régressive du tissu glial..... » Nous avouons ne pas comprendre cette régression, malgré ses affirmations. Et pourtant la récupération postcritique est réelle chez les malades. Nous ne croyons donc pas que le problème soit résolu par la notion « de véritables pontes nucléaires névrogliques..... ».

Et cependant nous avouons qu'il est également très difficile de comprendre une indépendance absolue entre les divers phénomènes que présentent nos malades.

L'amélioration est telle, disions-nous, que l'on ne peut s'empêcher de parler de guérison. Le malade, en effet, sort de l'asile tout à fait rétabli, ne laissant paraître aucun signe de déficience psychique, et n'ayant pas de signes somatiques. Il reprend généralement sa profession, vaque à ses occupations, tout comme avant sa maladie. Mais au bout de quelque temps, généralement quelques mois, il revient à l'asile, présentant presque la même symptomatologie avec cependant quelques troubles physiques et parfois des signes démentiels.

Peut-on dire que cette deuxième crise est foncièrement différente de la première ? La chose est difficilement soutenable, puisqu'on retrouve les mêmes symptômes. Et cependant on ne peut pas nier l'évidence du parallélisme évolutif entre le maniaque et le paralytique. Le problème est d'une difficulté extrême. Nous nous contenterons d'en soulever la difficulté une fois de plus, mais n'essaierons pas de le résoudre.

En poursuivant l'analyse de nos observations, nous essaierons cependant de dégager quelques notions relatives aux symptômes que nous trouvons chez nos malades et que nous

croyons pouvoir attribuer à l'un ou à l'autre des deux états : constitutionnel et organique, tels que l'état actuel de la question permet de les concevoir.

Obs. I. — Au premier interrogatoire on a très nettement l'impression d'une bonne orientation, déformée parfois par une réponse descriptive. Le fond mental est conservé sans aucun doute. Le calcul n'est pas franchement mauvais, son exécution n'est pas pénible comme chez les P. G., qui font des efforts mais n'y parviennent pas; c'est une réponse rapide, quoique à côté. Ceci aussi plaide en faveur de la manie pure. Cependant, un peu plus loin, quelques idées de grandeur. Est-ce suffisant pour écarter le diagnostic de manie pure, et ne voit-on pas dans celle-ci un délire de grandeur aussi caractéristique, sinon plus, que chez les P. G. ? La tenue du malade confirme d'ailleurs tout à fait le diagnostic de manie avec humeur gaie ou coléreuse, instabilité, incohérence et même violence. La violence des P. G. est généralement défensive. Ils se révoltent lorsqu'on veut les alimenter ou les changer, mais ils ne semblent pas posséder cet esprit d'attaque, de taquinerie, qui est propre aux maniaques purs. Notre malade semble entrer dans cette dernière catégorie. La rétrocession de cette excitation maniaque peut-elle être considérée comme une rémission d'une P. G. ? Nous ne le croyons pas. Celle-ci peut survenir chez un P. G., mais l'état mental, quoique amélioré, ne récupère jamais complètement et derrière le masque d'une récupération complète on découvre des symptômes d'une déficience flagrante. Notre malade avait repris sa vie antérieure et vaquait à ses occupations tout comme auparavant. Cependant, au bout de quelques mois, des troubles mentaux sont revenus, et alors apparaissent quelques signes nets d'une P. G. en évolution. Est-ce une P. G. qui est survenue chez un maniaque ? Nous ne le croyons pas. Nous croyons au contraire que la P. G. a toujours existé. Qu'elle ait déclenché les accès maniaques, cela est possible, mais nous n'avons aucune raison de supposer que l'accès maniaque est symptomatique de

la P. G. Nous voulons dire qu'à notre avis le virus syphilitique n'est point la cause productrice du syndrome maniaque. Que des lésions syphilitiques aient provoqué un déséquilibre physique ou chimique pluriglandulaire ou simplement circulatoire, la chose est admissible, mais en cela la spécificité n'aurait fait que relâcher les freins qui immobilisaient un déséquilibre mental potentiel, mais ne serait point la cause directe et uniquement suffisante des manifestations maniaques. Qu'à sa sortie de l'asile le malade ait subi, du fait des excès éthyliques, de surmenages physiques ou moraux un affaiblissement nécessaire au déclenchement de troubles mentaux qui ont même précipité l'évolution de son état basal, c'est-à-dire de la P. G., cela aussi est très possible, mais cela aussi confirme l'indépendance en quelque sorte du vésanique et de l'organique. Car, pour celui-ci, il est entendu qu'il est continu, le premier n'étant qu'épisodique. Pour nous donc, il s'agit d'un P. G. chez lequel il y a eu une manie surajoutée.

Obs. II. — Il était difficile de savoir dès l'entrée du malade à l'asile s'il s'agissait d'un accès maniaque évoluant chez un sujet présentant des signes légers de syphilis nerveuse, mais qui ne devait pas devenir P. G., ou bien s'il s'agissait simplement d'une P. G. à forme vésanique. Dans ces conditions, comment interpréter la rémission que le malade n'a pas tardé à présenter au bout de quelques mois ?

« La question des rémissions, dans la paralysie générale, dit le Docteur Ducos dans son rapport de l'année 1921, est bien curieuse. Dans quel sens doit-on, d'abord, entendre qu'un malade est en rémission ? Faut-il comprendre qu'à un moment donné, dans le cours de la maladie, celle-ci régresse au point que le malade recouvre toutes ses facultés ? Je ne crois point qu'on puisse accepter cette opinion. Du fait que la méningo-encéphalite a déjà évolué pendant un certain temps, qu'il y a déjà des lésions anatomiques, et, parallèlement, diminution du fond intellectuel du malade, admettre que ces lésions puissent momentanément guérir me paraît bien hasardé. Ne vaut-il pas

mieux donner au mot « rémission » la signification d'amélioration notable et dire qu'il y a rémission quand le paralytique, surtout par rapport à l'évolution antérieure de sa maladie, traverse une phase dans laquelle les symptômes sont atténués, atténués à tel point, quelquefois, qu'ils semblent avoir complètement disparu ?

» Cette dernière manière d'envisager la question me paraît la plus sage. Mais nous devons avouer que, dans quelques cas, l'amélioration est telle qu'elle peut en imposer pour une guérison franche, faire douter du premier diagnostic, et se demander s'il s'agit bien de paralysie générale. »

Ou bien encore, quittant le terrain vague de rémission où l'incertitude touche de si près la spéculation, s'agit-il d'une manie associée à une P. G. en puissance d'évolution.

L'évolution de la maladie a démontré l'existence de la P. G. Eh bien ! Le processus méningo-encéphalitique a-t-il pu, à lui seul, provoquer les troubles mentaux signalés ? Nous ne croyons pas pouvoir équilibrer les phénomènes observés chez notre malade avec une altération très profonde du fond mental. Et la P. G., pour provoquer les symptômes présentés par notre malade, aurait fait des ravages qui n'auraient point permis la récupération quasi totale des facultés intellectuelles. Il semble donc impossible que le processus méningo-encéphalitique puisse avoir été cause de la crise maniaque que le malade a présentée à son entrée et qui, d'ailleurs, a motivé son internement.

Nous croyons donc qu'à la P. G. s'est associée la manie et que celle-ci est responsable de certains symptômes présentés par C...

Ces symptômes se sont amendés, le tableau clinique a changé et dès lors on a pu parler de rémission. Mais qu'est-ce alors que la rémission, sinon la guérison d'un processus surajouté qui a pu laisser son empreinte sur le fond paralytique (ce qui est très probable), mais qui n'a point empêché les processus de poursuivre leur marche fatale, ce qui est non moins certain.

Ceci nous conduit à admettre que le processus méningo-encéphalitique n'est pas toujours responsable de tous les symptômes que l'on rencontre dans la P. G.

« ... et de même, dit encore le Docteur Ducos, que nous avons déjà montré que certaines psychoses pouvaient s'associer à d'autres, de même nous pensons qu'à la paralysie générale peuvent s'adjoindre des troubles mentaux d'une tout autre origine ».

Obs. III. — N'est-on pas en droit de conclure, devant de tels faits, qu'il s'agit de l'association de la manie et de la paralysie générale ? Voilà un malade qui, dans son premier accès, présente une symptomatologie maniaque tellement nette que plusieurs aliénistes portent le diagnostic de crise de manie aiguë. Erreur de diagnostic ? Il ne semble point, car l'évolution même de l'accès vient confirmer le diagnostic de manie franche, mais, pourrait-on dire, puisque la paralysie générale n'a pas été soupçonnée, le diagnostic a été incomplet. Si la paralysie générale a existé et si la syphilis et les lésions méningo-encéphalitiques avaient une action directe dans l'éclosion de la bouffée maniaque, c'est bien qu'il s'agit d'une paralysie générale à forme maniaque. Mais l'action du virus syphilitique étant continue, les phénomènes une fois déclenchés, quel est le processus capable de l'arrêter et de limiter son évolution dans le cadre précis d'une manie pure ? C'est le processus des rémissions, pourrait-on dire encore.

Mais d'abord, lors du premier accès maniaque, la manie pure ne faisait aucun doute pour les aliénistes qui ont examiné le malade. Pourquoi celui-ci n'aurait-il pas fait un accès isolé ? Du moment qu'aucun signe démentiel ni somatique ne vient souligner la présence d'une atteinte organique, comment concevoir l'existence latente de celle-ci ? Et pourquoi ne pas admettre plutôt cet accès isolé comme cause localisatrice en quelque sorte du virus syphilitique chez un syphilitique particulièrement intoxiqué ? Ceci nous paraît soutenable. Dès lors, là où l'on voulait voir une rémission (d'ailleurs

difficile à expliquer elle-même) il n'y a que la guérison d'un accès aigu.

Nous croyons donc que ce malade avait fait un premier accès de manie isolé, qui a guéri, mais non sans avoir laissé un amoindrissement de résistance organique grâce auquel le processus spécifique a pu se localiser et créer ses lésions propres.

Obs. IV. — N'est-ce pas rationnel d'admettre, dans ce cas, qu'il s'agit d'un véritable accès de manie surajouté à la P. G.? Pendant deux mois, jour et nuit, le malade a été excité, incohérent, euphorique, avec fuite des idées, puis, brusquement, l'agitation a complètement cessé, l'incohérence a disparu avec le reste du cortège morbide, et le malade est entré dans une période de calme. Un accès maniaque évolue bien de cette manière. Et s'il n'y avait que le virus syphilitique et les phénomènes méningo-encéphalitiques coupables de la diversité symptomatique, on comprendrait mal, ce nous semble, un tel changement dans l'état réactionnel du malade. Car il ne faut jamais perdre de vue que la destruction des éléments nobles est irrémédiable dans le cas de P. G. et ne peut, en aucune façon, cadrer avec une récupération des processus d'élaboration mentale.

Et pour que les symptômes apparaissent aussi nets et aussi accusés il faut que l'altération soit réelle. Tandis que les complexes associatifs expliquent facilement et raisonnablement, et l'évolution irrégulière dans la gravité, et l'indépendance des processus de récupération psychique.

Il faut avoir vu notre malade s'occuper dans les bureaux de la comptabilité de l'asile pour comprendre cette récupération. Ce n'est pas une récupération de façade, où le malade est encore capable de faire un effort de construction sur ces détritits psychiques et où les erreurs sont aussi innombrables que niaises. Non, c'est un travail correct, aussi précis que celui d'un homme normal. Et c'est surtout ceci qui nous

empêche de comprendre autrement ces rémissions que comme la guérison d'un processus vésanique surajouté.

Obs. V. — La rémission dans ce cas, quoiqu'incomplète, n'en est pas moins réelle. Mais l'amélioration ne porte que sur le symptôme maniaque. Cet accès étant survenu au cours d'une paralysie générale avancée, sa disparition laisse des signes de méningo-encéphalite chronique très nets.

La paralysie générale a été typique chez ce malade, avec euphorie caractéristique, satisfaction béate, idées de grandeur, de richesse, et des signes somatiques très accusés. Cependant, à côté de ces symptômes, il en existe une série d'autres traduisant une hyperactivité psychomotrice et caractérisée par de l'agitation, un bavardage incessant, fuite des idées, gesticulation.

L'évolution ultérieure, en dissociant en quelque sorte ces deux ordres de symptômes (laissant les uns poursuivre leur marche et amendant les autres); plaide en faveur de la coexistence de la P. G. et de la manie.

Obs. VI. — Le malade entre à l'asile avec une symptomatologie des plus bruyantes; agitation, délire, cris, chant, gesticulation, bavardage, bref une suractivité psychique et motrice très nette et très accusée. A côté de cela quelques troubles somatiques, pas de perte de mémoire, pas d'affaiblissement intellectuel, en un mot, pas de démence. Donc, à part ces troubles somatiques, qui indiquent nettement une atteinte organique grave du système nerveux, le malade ne présente point des signes démentiels qu'on serait en droit d'espérer trouver. L'évolution se poursuit respectant les troubles somatiques et les laissant tels qu'ils étaient, mais améliorant les troubles psychiques du malade au point de les faire disparaître complètement et de lui permettre une récupération intellectuelle totale. Depuis sa sortie, à part quelques troubles moteurs très atténués, le malade ne présente aucune trace de sa maladie. Voilà cinq ans qu'il a repris ses occupations et s'en acquitte parfaite-

ment bien. Comment ne pas isoler chez ce malade les divers symptômes qu'il a présentés et ne pas chercher, à la faveur de cette dissociation, la signature d'un état épisodique en dehors de l'état basal, de l'atteinte organique ? Et comment comprendre cette rémission, quoique incomplète, quant aux signes somatiques ? Nous avouons ne pas comprendre la notion des fausses rémissions où, dans un même processus, il y a des symptômes qui s'amendent alors que d'autres persistent ou s'aggravent. La fausse rémission n'est pour nous que la guérison d'un état épisodique surajouté à la méningo-corticalite, ayant son allure propre, son évolution spéciale et ne subissant pas fatalement l'évolution de la paralysie générale. Nous dirons donc qu'il y a chez ce malade un processus organique à évolution très lente, peut-être même arrêtée, avec en plus une manie ayant déterminé l'aliénation mentale pour laquelle le malade a été interné.

Obs. VII. — L'intérêt de cette observation réside dans ce que chez ce malade, en plus de l'appoint alcoolique, on retrouve un état constitutionnel assez accusé. L'excitation psychique n'est pas très intense, mais elle est cependant réelle et, fait remarquable, suivie de dépression très nette. Ce n'est point de la folie maniaco-dépressive, mais un élément cyclothymique. Actuellement, ce malade est dans une dépression très marquée, alors qu'au point de vue physique il est remarquablement bien. Il ne semble pas que la déchéance physique se poursuive.

Ici donc, il nous semble qu'en plus de la méningo-encéphalite il y a eu des éléments éthyliques coupables de quelques manifestations et, enfin, le tout évoluant sur un terrain constitutionnel assez accusé.

Obs. VIII. — Le malade qui fait l'objet de cette observation présente incontestablement une manie aiguë caractérisée par de l'excitation psychomotrice : agitation, bavardage, cris, chant, etc. D'autre part, ce malade était en puissance d'évo-

lution d'une méningo-encéphalite spécifique avec hyperalbuminose et lymphocytose du L.C.R. Les troubles moteurs sont à peine accusés. Le fond mental paraissait intact. Donc la paralysie générale ne semblait pas très avancée. L'excitation extrême vient plaider aussi en faveur d'une dégénérescence cellulaire assez réduite. Cependant le malade s'achemine assez vite vers le marasme et meurt au bout de trois mois. Quel est le rôle joué par cette agitation vive dans la précipitation de l'évolution de la paralysie générale ? Il nous paraît réel. L'épuisement musculaire est un facteur important, d'autant plus qu'ajouté à l'insomnie il affaiblit l'organisme et permet mal à celui-ci de résister à l'atteinte de l'encéphalite. Nous croyons donc que ce malade aurait très certainement, s'il avait pu supporter impunément cet épuisement physique, présenté une amélioration de son état mental et aurait pu quitter l'asile, car son fond mental n'était pas altéré.

Obs. IX. — Ce malade présentait une symptomatologie très nette, de l'excitation psychomotrice généralisée avec cris, chant, bavardage, gesticulation, besoin de déambulation, désordre de vêtements et de literie. Le fond mental paraissait intact. Pas de dysarthrie, pas d'achoppement syllabique. Et ce ne sont que quelques signes d'ordre moteur qui font soupçonner une syphilis nerveuse. Quelques vagues idées cependant de supériorité, mais pas de délire de grandeur proprement dit. La mémoire est excellente. Dans une lettre qu'il écrit à M. Ducos, on trouve un peu de puérilisme, du désordre dans les idées, mais l'écriture n'est pas tremblante, il n'y a pas d'omissions, bref, ne présente pas de caractère pathologique spécial. Au bout d'un mois, cette excitation s'amende progressivement et le malade revient à un état quasi normal. Il s'occupe à l'asile de travaux de cuisine, s'acquitte convenablement de sa besogne, s'inquiète de temps en temps de sa sortie, et prétend pouvoir gagner sa vie. Cependant, au mois de mai 1929, deux ans après son entrée à l'asile, il tombe dans un état confusionnel avec obnubilation intellectuelle, état dans lequel il se trouve actuellement.

Dans l'observation X, la malade entre à l'asile une première fois avec une symptomatologie très nette de manie : excitation continue, discussion, violence. Ses actes semblent conditionnés par un délire onirique. On relève cependant quelques idées de grandeur, une note égocentrique très nette. Mais ceci n'a rien de particulier dans un accès maniaque où tout est vu à travers un optimisme exagéré, surtout chez une personne à tempérament très vif et emporté. On peut donc dire que son état réactionnel, dans cet accès, a été la traduction fidèle d'un tempérament égocentrique. Il n'existe aucun signe somatique. La malade avait fait des fausses couches et avait perdu un enfant en bas âge. La guérison suit de très près l'accouchement, ce qui vient confirmer le diagnostic de psychose puerpérale. La malade guérit complètement de sa manie.

La guérison de ce premier accès de manie se maintient pendant trois années. Il ne semble pas que la malade, pendant cette période, ait présenté le moindre signe de sa maladie. Cependant, au bout de trois ans, O... retombe malade, présentant un accès maniaque semblable au premier : avec l'incohérence des propos, agitation, cris, violences, impulsions, gestes irréfléchis. Le délire de grandeur est des plus nets, optimisme exagéré : elle est très belle, possède une voix magnifique, gagnera de l'argent. Une niaiserie de propos très manifeste et la pauvreté des idées, ajoutées à quelques troubles désarthriques et à des troubles pupillaires, imposant des réserves sur la pureté de l'accès maniaque. La ponction lombaire ne peut être faite, la malade s'y refusant absolument. L'évolution se poursuit avec des périodes d'amélioration relative, mais l'excitation ne disparaît jamais tout à fait. Le gâtisme, quelques ictus épileptiformes, viennent souligner la gravité de la maladie et confirmer l'atteinte organique spécifique. La malade meurt dans le marasme le plus caractéristique de la paralysie générale.

Nous avons relevé quelques observations ayant trait à la question qui nous occupe chez divers auteurs. Ces observations ayant été publiées à une époque déjà assez éloignée, nous im-

posent une certaine réserve dans l'interprétation des faits. Nous nous garderons donc bien de tirer des conclusions de ces observations. Cependant, nous croyons pouvoir y puiser une documentation relative très intéressante.

Et ceci dans le seul but de montrer la difficulté que l'on rencontre quelquefois devant la complexité des faits.

Ainsi l'observation de Ball, où le malade présente périodiquement un état de suractivité psychomotrice d'allure maniaque avec délire de grandeur des plus nets, avec cette bienveillance caractéristique de la paralysie générale, et cela pendant vingt ans. La paralysie, si elle a existé, a dû subir un arrêt tout près du début, et les accès, qui se sont répétés pendant vingt ans, sont difficilement attribuables à une reprise de phénomènes encéphalitiques.

De même, l'observation de Maclaren, citée par Baillarger, où la maladie évoluait pendant une quinzaine d'années et présentait alternativement de l'excitation psychomotrice avec délire et de la prostration avec torpeur mélancolique.

L'observation de Moreaux est bien curieuse aussi. Le malade ayant été déjà plusieurs fois interné, rentre à l'asile avec des signes de paralysie générale. L'agitation est extrême; délire de grandeur accusé. Cette agitation dure dix-sept mois, puis le malade entre dans une période de calme qui va durer plus d'un an. Il retombe dans l'excitation pour une durée presque égale, puis il guérit complètement et quitte l'asile sans aucune trace de sa maladie.

L'observation de Foville montre un malade chez lequel les signes démentiels sont évidents, mais qui présente ceci de particulier : l'excitation maniaque, très vive, et qui a duré pendant six mois, a été précédée par une période de mélancolie. Revenu à la lucidité, le malade a la conscience qu'il vient d'être malade. Ceci est une particularité assez intéressante.

Dans l'observation de Renaudin, on retrouve aussi un état de déchéance tel que la mort paraissait certaine. Le malade, cependant, s'améliore aussi bien au point de vue psychique que physique et redevient capable de s'acquitter de quelques travaux qui nécessitent même une vive intelligence.

L'observation de Rey nous présente un malade où, en plus de la démence paralytique, qui ne paraissait pas douteuse, il existait un accès maniaque et, chose plus rare, des hallucinations visuelles très nettes. Cet automatisme mental est assez rare chez les paralytiques généraux et ne semble pas devoir être regardé comme un symptôme propre à la méningo-corticalite. La disparition complète des troubles intellectuels a permis au malade de reprendre sa profession.

Le malade de Bigot, à part son excitation maniaque, présente déjà quelques signes isolés traduisant une note névropathique très nette : habitudes contre nature, tentatives de suicide. La rémission, qui survient au bout de quelques mois, est suivie d'une dépression mélancolique avec délire particulier à cette maladie, tel que délire de négation, refus d'alimentation.

Les deux observations de Gelma sont aussi caractéristiques par l'adjonction du symptôme vésanique sur un fond paralytique.

DE LA SYPHILIS ET DU TERRAIN SUR LEQUEL ELLE EVOLUE

Si la syphilis est la cause essentielle de la P. G. elle n'est pas uniquement suffisante, ni seule responsable. La proportion des syphilitiques est par trop supérieure à celle des paralytiques généraux. Et, en dehors des facteurs individuels que l'on comprend sous le titre de réaction individuelle à la syphilis, qui, dans le cas particulier, joueraient un rôle par trop considérable si l'on n'envisage qu'eux seuls, — et nous savons avec quelle puissance offensive procède le virus syphilitique, — il faut chercher d'autres causes ailleurs que dans ces facteurs eux-mêmes. Il faut, à notre avis, remonter jusqu'à la cérébralité elle-même ou mieux jusqu'aux prédispositions individuelles. Nous disons prédispositions individuelles pour éviter l'énumération de toutes les causes que la pathologie mentale compte dans son étiologie.

Il suffit de subir l'innoculation du tréponème pour être syphilitique, mais il ne suffit pas d'être syphilitique pour devenir paralytique général.

Et si nous envisageons la question sous un autre angle, nous voyons aussi que les complications surgissent et qu'il faut un rationalisme à toute épreuve pour arriver à tirer des conclusions valides. Si, en effet, on envisage la question sur un terrain plus élargi de la psychiatrie et si on fait une légère incursion dans le domaine vague du normal et de l'anormal, on n'arrive point à se persuader que la limite est bien tranchée entre la normalité, l'aliénation mentale et de cette autre forme conciliante au possible, mais combien arbitraire, de la

semi-folie. Or, tous ces demi-fous, comme les appellent certains auteurs, ces déséquilibrés en équilibre, pourrait-on mieux dire, pour bien faire comprendre leur état particulier, sont-ils tous des aliénés futurs et sont-ils dans un état transitoire ? Que non point. S'ils sont toujours au bord du précipice, ils n'y tombent pas fatalement, disait très justement Moreau de Tours. Déficience psychique trop légère ? Cause agissante insuffisante ? Que faut-il donc à un dégénéré pour gagner l'asile ? Rien qu'un peu d'alcool. Et quand ce n'est l'alcool, c'est autre chose qui est souvent complexe et difficile à saisir mais non moins réel, ni moins indispensable... Mais revenons vite à notre question.

Le problème de la psychogénèse du délire des paralytiques généraux est fort complexe. La P. G., étant une syphilis généralisée, entraîne fatalement des insuffisances hépato-rénales, des rétentions toxiques. Le tissu enflammé étant hypertoxique, le cortex chez les paralytiques généraux fixe les toxines et devient le siège de congestions sanguines. Est-ce le produit toxoinfectieux qui joue son rôle dans l'apparition du délire ? Ou bien est-ce cette hyperémie résultant des fixations toxiques ? Mais alors, le nombre des délires doit être supérieur, et de beaucoup, à la forme somatique et à la forme démentielle simple. Or, les faits ne l'établissent point. Et encore ces deux causes agissant toujours dans la P. G., comment concevoir leur action élective en dehors d'autres facteurs liés plus intimement aux éléments nerveux et localisés d'une façon plus précise.

À notre avis, la rareté des psychoses chez les paralytiques généraux doit être cherchée ailleurs que dans leur immunité naturelle. Cependant beaucoup d'auteurs ont publié des observations d'aliénés chez lesquels la P. G. a fait son apparition.

Pourquoi, en effet, doter les futurs paralytiques généraux d'une immunité naturelle qui, justement, suppose une résistance plus grande des éléments nerveux, et, en même temps, prétendre que la P. G. se développe généralement chez les fatigués cérébraux ou du moins chez ceux qui font plutôt des tra-

vaux intellectuels que physiques ? Et pour fixer le virus syphilitique dans le terrain méningo-encéphalitique, on fait intervenir une série de processus qui coordonnent tous leur action en vue d'un affaiblissement du cerveau afin de l'amener à une moindre résistance qui seule est capable de lui donner une réceptivité indispensable. Que de paradoxes pour ne pas voir, chez les futurs paralytiques généraux, une hérédité ou une constitution psychosique, ou pour souligner l'unicité d'action de la syphilis alors même que, seule, elle est impuissante ? Le problème est, à notre avis, plus complexe, mais pas beaucoup plus difficile. Car, au lieu de se perdre dans le dédale des hypothèses toujours paradoxales, pourquoi ne pas admettre ce qui est le plus logique et le plus rationnel.

« Pour bien connaître les aliénés, disait H. Colin, dans son discours d'ouverture du Congrès des aliénistes de Besançon, en 1923, il faut les avoir longtemps observés dans leurs diverses manifestations, sans jamais perdre de vue les liens multiples qui les unissent entre elles, les faits qui les ont provoqués, le milieu dans lequel elles ont évolué, les causes normales qui ont contribué à les faire éclore, les influences héréditaires qui ont facilité cette éclosion. »

N'est-ce pas le résumé de toute la psychiatrie, le mot d'ordre pour tout le domaine psychiatrique, le but et la préoccupation de tout psychiatre ? N'est-ce pas aussi l'avertissement de la complexité du problème ou tout n'est que subordination où il n'y a qu'entre-choc où on ne trouve qu'interaction.

Suivant la loi de la pathologie générale, l'action nocive du complexe toxi-infectieux se concentre vers un foyer : le lieu de moindre résistance. La P. G. est une affection résultant de processus toxi-infectieux, par conséquent, elle dérive de leur concentration vers un lieu de moindre résistance, et le cerveau des paralytiques généraux est un lieu de moindre résistance. Quelle est la nature de cette diminution de la résistance ? Est-elle sous la dépendance de certains organes précis ? Ou résulte-elle de processus beaucoup plus généraux ? Autant de problèmes, mais dont, pour l'instant, nous ne nous occuperons pas.

Or, que voyons-nous dans les psychoses simples? Les psychoses sont des maladies de l'esprit, par conséquent du cerveau. Et pour subir l'atteinte de processus toxi-infectieux, qui, bien que non connus de nous et demeurés en plein mystère, n'en sont pas moins réels, le cerveau doit se trouver en état de moindre résistance. Et on le sait, l'observation rigoureuse démontre irréfutablement de quelle résistance physique formidable sont doués les aliénés ! Donc, le cerveau des psychosiques est un lieu de moindre résistance. C'est déjà un lien de parenté avec celui des paralytiques généraux. Voilà donc une analogie, résultant d'une déduction positive et entièrement scientifique, car elle est basée sur une loi absolue de pathologie générale, par conséquent ce n'est point une vue d'esprit, ni une ingénieuse spéculation destinée à servir une hypothèse théorique ou une idée doctrinale.

Mais le lieu de moindre résistance ne représente point une unité fixe en puissance quantitative et qualitative. Elle a des attaches constantes et variées avec l'organisme tout entier. Celui-ci subissant des variations innombrables à chaque moment les transmet directement au cerveau qui, par ce fait même, n'a pas une constance définitive. Par conséquent, rien ne nous empêche de concevoir cette unité non point comme une puissance définitive, mais au contraire comme une puissance de degré variable. Voilà donc cette résistance munie de graduations, toutes subordonnées à une infinité de causes et variant d'un moment à l'autre.

Un lieu de moindre résistance peut parfaitement exister sous une forme latente et ne manifester son existence qu'au moment où une occasion mettra cette résistance à l'épreuve. Et comme celle-ci est traductible par une graduation, l'épreuve n'aura de signification et ne pourra être conçue que dans une uniformité d'attaque. Mais il y a aussi, une graduation des causes agissantes et la compréhension d'une neutralisation relative qui se traduit par la latence, l'équilibre demeurant toujours possible et d'une activation qui sera traduite par la chute de latence, l'équilibre étant rompu.

Voici donc une résistance donnée, la moindre de l'organisme c'est entendu, et localisée dans le cerveau, mais suffisante pour un équilibre relatif. Ceci suppose une action limitée de la part des processus d'attaque. A quel moment l'équilibre sera-t-il rompu? Au moment même où l'action d'attaque sera augmentée. A ce moment la valeur de la résistance sera diminuée et cela par le fait même de l'augmentation de puissance d'attaque. Si la résistance ne peut plus assurer l'équilibre, la latence sera rompue et le déséquilibre fera son apparition, suivi de tout son cortège symptomatique, qui, suivant la psychicité de l'individu, se traduira par une maladie définie. Si donc d'un côté il est nécessaire qu'il y ait une moindre résistance, de l'autre il faut une puissance agissante suffisante.

Mais quittons vite ce terrain de déduction, que l'on ne manquera point de qualifier de philosophique sinon de psychologique, pour concrétiser notre pensée dans une forme clinique.

Quelle est donc la nature et aussi la valeur d'un accès maniaque survenant au cours de l'évolution d'une P. G.?

Est-ce un accès maniaque intimement lié à la P. G., faisant corps avec elle, ne dépendant lui aussi, que du virus syphilitique et dont l'évolution sera subordonnée aux phénomènes méningo-encéphalitiques spécifiques, par conséquent simplement symptomatique de la P. G.? Ou bien est-ce un accès maniaque n'ayant qu'un lointain rapport originel ou causal avec la P. G., mais possédant son allure propre, sa physiologie personnelle, ne dépendant point du virus syphilitique et dont l'évolution n'aura aucun caractère de subordination aux phénomènes méningo-encéphalitiques spécifiques, par conséquent sous-jacent ou surajouté à la P. G. Ou enfin est-ce un accès maniaque absolument indépendant de la P. G., n'ayant aucune attache avec elle et ne présentant de commun avec elle que ce qu'une coïncidence peut valoir dans l'éclosion de deux processus développés sur un même organisme et évoluant en même temps.

Ces trois aspects du problème, croyons-nous, emploient tous les faits. Comment convient-il de les envisager sinon de les résoudre?

La troisième hypothèse ne semble pas devoir être retenue. Les faits cliniques manquent : La P. G. se développe ailleurs que chez les vieux maniaques.

La première suppose l'action précise du virus syphilitique. En l'admettant comme absolument démontrée, on attaque l'existence même d'une forme nosologique de la psychiatrie actuelle. Or, pour cela, et le fait est assez grave pour mériter une longue réflexion, il faut des précisions et des preuves cliniques d'une valeur incontestable. Nous ne croyons pas que l'on puisse véritablement et raisonnablement soutenir ce point de vue. Là aussi des faits cliniques manquent, l'analyse est insuffisante dans beaucoup d'observations publiées. Car, en médecine comme ailleurs, on est souvent de son époque, sans trop savoir pourquoi, et sans trop avoir approfondi les choses. Et Dieu sait si certains psychiatres étrangers ont assez fait pour l'anarchie actuelle de la psychiatrie.

Que certaine excitation, même à forme maniaque, soit considérée comme réaction individuelle, particulière à l'organisme, mais résultant d'un processus méningo-encéphalitique, par conséquent faisant partie même de la P. G., rien de plus juste. Ce n'est pas de cette forme que nous voulons parler, mais bien de ces formes où le malade à force de présenter une matière symptomatique finit par s'individualiser à elle et offrir les caractères nets d'un véritable maniaque, tellement son allure est caractéristique, tellement son déficit psychique est inexistant et son fond mental intact, et tellement surtout la récupération postcritique est totale, et inconcevable avec une perte progressive des facultés mentales. Et la P. G. veut justement cette perte.

La deuxième hypothèse, à notre avis, embrasse la totalité des faits. Là il y a bien un rapport entre l'accès maniaque et la P. G., mais un rapport lointain et assez vague quoique indispensable. C'est bien le virus syphilitique qui libère les freins, lesquels immobilisaient jusqu'alors les phénomènes réactionnels psychiques, mais en cela il ne fait que rendre possible une manifestation, une éclosion dont les éléments existaient déjà.

Il ne fait que rendre libre la constitution psychosique en accaparant les processus défensifs — régulateurs normaux, pourrait-on dire, de l'organisme. C'est donc une indépendance très nette de deux processus : indépendance évolutive sinon originelle. Et les phénomènes psychosiques, quoique ayant une origine dépendante du virus syphilitique, une fois déclenché, se dégagent complètement de la P. G., et évoluent pour leur propre compte. Que cette évolution n'ait pas un développement comparable en netteté au cas où ces processus seront isolés et uniquement existants, cela est certain, mais cela aussi s'explique par le terrain où ils évoluent. L'altération que la syphilis fait subir à l'organisme en général et au méningo-cortex en particulier est trop grave et trop accusée pour ne laisser aucune empreinte sur les phénomènes psychosiques.

C'est donc, selon nous, un accès maniaque simple, quoique évoluant en même temps que la P. G. Nous croyons donc que chez tout paralytique général présentant un accès maniaque, — défini et par son allure typique et par son évolution indépendante, — il y a un autre processus que celui résultant de la syphilis elle-même, un processus psychosique simple, qui, après s'être déclenché dans des conditions anormales, tend de plus en plus à normaliser son allure pour se dégager nettement enfin par son évolution des processus syphilitiques et arriver malgré tout à stabiliser l'individu par sa propre valeur, c'est-à-dire commander à lui seul son état mental. Et cet accès n'aurait pas pu faire son apparition, sans le concours de la syphilis, c'est certain, mais celle-ci n'aurait pas pu le faire éclore sans le terrain, c'est-à-dire sans une constitution psychosique. La syphilis ne fait que rendre possible un état réactionnel de l'individu, état que l'organisme possédait, mais que les phénomènes toxi-infectieux ne pouvaient à eux seuls déclencher. Dans ces conditions, après que l'organisme a subi un fléchissement dû à l'envahissement syphilitique, les phénomènes psychologiques peuvent éclore sur ce terrain déblayé, mais qui était le leur.

Et ceci a son importance. Ce n'est point un problème d'intérêt spéculatif, mais une question dont la solution a une grande importance pratique. Il n'est pas indifférent de savoir si un malade en entrant à l'asile y vient à cause de sa P. G. ou simplement à cause de la vésanie.

Ceci présente un grand intérêt, tant au point de vue individuel qu'au point de vue social.

UNE CRITIQUE

Requet, dans sa thèse, étudie la question complexe du vésanique et de l'organique. Mais laissant la clinique de côté il ne s'occupe que des réactions biologiques. Nous voulons dire qu'il érige en arbitre absolu et définitif le fait d'une bio-réaction. La boutade de Moebius ne semble point le gêner. Nous avouons que ce procédé est très pratique, parce que très simple. Mais est-ce la véritable voie de la clinique? Nous nous en voudrions d'exprimer un doute sur la valeur des réactions biologiques. Mais peut-on leur demander plus qu'elles ne peuvent donner? Peuvent-elles rendre des services absolus? Et doit-on les ériger en lois? Les considérer comme critères définitifs jusqu'au point de leur subordonner, tout ce que l'observation clinique permet de construire serait, croyons-nous abusif.

Donc, pour Requet, toute la question est contenue dans une réaction biologique. Dans les cas où le résultat de la réaction est positif, on peut, à *priori*, lui donner raison; par contre, lorsque le résultat est négatif, le problème reste en suspens. Et l'on a parlé — le sujet est d'ailleurs tout d'actualité — des P. G. sans méningite! En réalité, le problème est, dans les deux cas, beaucoup plus complexe.

« A vrai dire, dit-il, la P. G. n'évolue jamais sans des altérations concomitantes du psychisme, car on y observe toujours un déficit plus ou moins accentué du fond intellectuel, des lacunes évidentes du jugement et de la critique. On a bien signalé des cas « sans démence », mais ils n'ont pas résisté à la révision et à la discussion..... »

« N'évolue jamais! » Cela veut-il dire que la démence soit un état défini qui s'installe rapidement dès la première atteinte de la cellule nerveuse? « N'évolue jamais! » Mais la P. G. a un début précis dans ces conditions. Et les auteurs soutiennent qu'elle se traduit cliniquement assez tard. Or, si elle ne se traduit pas encore elle ne poursuit pas moins son évolution. Et qu'est-ce que cette période évolutive qui n'a pas sa traduction clinique? Et Requet veut-il que le sujet soit dément même durant cette période?

Cependant, il omet de définir la démence. De plus, il ne la fixe pas au point de vue chronologique. Les paralytiques généraux sont tous des déments, nous voulons bien, mais pas d'emblée; souvent même pendant longtemps ils ne le sont pas. Or, la question du vésanique et de l'organique ne peut se poser qu'à un moment précis.

La loi définit bien la démence au point de vue chronologique. Mais cette définition est purement administrative. Il n'y a là rien de scientifique. Ce n'est pas d'elle que l'on peut causer. Celle d'Esquirol est classique. Mais elle est justement quelque chose de graduel puisqu'elle s'exprime par la chronicité. Elle va du moins au plus et est définitive au moment de l'abolition de certaines facultés précises. Donc, nous pouvons soupçonner une démence, mais nous ne pouvons saisir le moment précis où elle s'établit. La définition de Toulouse et Mignard dérive de celle d'Esquirol. Elle a une forme plus schématique et plus précise si l'on veut. Or, si dans l'esprit de ces deux auteurs l'incurabilité était l'état obligatoire de toute démence, Mignard, après discussion, accepta l'opinion de la curabilité de la démence. On voit combien le problème est complexe. Requet s'en doutait-il quand il émettait ses opinions?

Abordant alors la question proprement dite, il pose le problème sous forme de diagnostic différentiel. « L'excitation maniaque et la dépression mélancolique se présentent parfois avec des allures vésaniques à ce point accusées que les symptômes de la P. G. risquent d'être méconnus. L'erreur de diag-

nostie était même très fréquente avant la pratique de la ponction lombaire. Et des médecins psychiatres très avertis ne consentent pas toujours, même lorsqu'il y a dans le L. C. R. une lymphocytose confluyente et une albuminose massive, à mettre le syndrome maniaque ou mélancolique, tellement il est net, sur le compte de la P. G. »

Ceci est précis, n'est-ce pas? La ponction lombaire nous livre la clé du mystère. Mais voilà une citation que Requet emprunte à M. Ducos, dont il combat les idées, et où il apparaît que son système consiste à obvier à la difficulté de la question en s'abritant toujours derrière une bioréaction.

« J'ai vu, dit M. Ducos, de vrais accès maniaques..... venir compliquer les symptômes propres à la méningo-encéphalite diffuse. Ces accès ont évolué, en tant que durée, comme s'ils avaient évolués seuls..... Ne peut-on pas mieux comprendre avec la conception P. G. plus manie la symptomatologie de l'évolution de ces cas et aussi la nature de pas mal de rémissions. Ce sont semble-t-il ces formes associées qui fournissent le plus de rémissions. Pourquoi? Parce que la maladie ou le syndrome surajouté peut disparaître; et, alors, dans ce cas, plus la P. G. est près de son début plus la rémission paraît complète. »

Ces lignes devraient logiquement et aussi, rationnellement, entraîner la discussion sur la valeur du syndrome maniaque chez un paralytique général. Requet n'en fait rien. Et quoique le mot association devrait être présent dans son esprit, il en fait abstraction et revient à la ponction lombaire, ce qui veut dire qu'il discute le diagnostic différentiel entre manie et P. G. « Il semble, dit-il (en se rapportant à l'observation II de sa thèse), que dans ce cas une crise de manie ait précédé de trois années l'apparition d'une P.G. bien caractérisée au deuxième accès. Mais on pourrait reprocher à notre observation de n'être pas rigoureusement probante, car la nature de la manie..... n'a pas été, pour des raisons indépendantes de la volonté de l'observateur, contrôlée par la ponction lombaire. » C'est donc la bioréaction qui tranche le diagnostic

Mais pourquoi alors se sert-il de la citation de M. Ducos qui est très précis dans son exposé puisqu'il parle des associations et puisqu'il ne perd pas de vue l'existence de la P. G.

La véritable pensée de M. Ducos n'a pas été comprise par Requet. Et il est inutile de poursuivre l'analyse plus loin. Relevons toutefois de cette partie qu'il ne s'explique point sur le syndrome manie lui-même, ce qui est, à notre avis, essentiel.

Mais un fait bien plus grave est à tirer de ses assertions. Parler de la manie pure, c'est bien l'accepter, admettre son existence. Et en discutant le diagnostic différentiel, c'est bien lui reconnaître une valeur et une unité nosologique. Or, la trouver absolument complète dans son allure clinique et ne pas la séparer d'un état sous-jacent, c'est bien singulièrement contribuer à l'anarchie psychiatrique! Car si elle existe, elle doit être toujours reconnue. Et il suffit qu'elle ait sa physionomie propre pour qu'elle existe. A moins qu'on ne veuille lui reconnaître tout juste les qualités d'un état réactionnel capable de se produire à la suite de divers processus toxico-infectieux et plus particulièrement syphilitiques. Mais alors ce n'est qu'un état symptomatique, un syndrome tout au plus. Dans ces conditions, la manie, entité morbide, unité nosologique, n'existe pas. Ce qui est syndrome n'est pas entité. Que valent alors les arguments qui prouvent l'authenticité d'un accès symptomatique si cet accès n'existe que sous cette forme-là? Car si la manie peut être créée par un état toxico-infectieux, comme c'est le cas pour la syphilis dans l'exemple de la P. G., on prouve du coup sa valeur symptomatique et on réduit à néant sa valeur d'entité. Ce qui est symptôme ici, ne peut-être entité là.

Il y a eu autrefois des fièvres essentielles; la littérature médicale d'alors le prouve. Aujourd'hui, il n'y en a plus. Actuellement elles sont toutes symptomatiques. Est-ce la même chose pour la manie? Oui ou non est-ce un symptôme, voire un syndrome ou une entité? Dans le premier cas, parlons du symptôme et nous nous entendrons; dans le second cas

conservons-lui son unité clinique partout où son allure sera manifeste.

La psychogénèse des états délirants ne reçoit point de solution. On les explique bien par l'organique, mais l'organique lui-même est expliqué par le fonctionnel ? Alors ? Un paralytique général délire. C'est un délire à base d'organicité. Autant dire organique. Acceptons. Mais qui dit organique dit fin, néant. Or, voici que le paralytique général entre en rémission, ne délire plus. Et on dirait que le délire était à base d'un état fonctionnel qui, amélioré grâce à l'état stationnaire des processus évolutifs, a pu stabiliser en quelque sorte les réactions psychiques, ce qui a permis au délire lui-même de se dissiper et de disparaître. C'est bien une hybridité étrange créée pour satisfaire une nécessité descriptive sinon justificatrice.

C'est d'ailleurs avec pleine raison que l'on se sert du mot fonctionnel, seulement on dissocie sa valeur. On ne veut pas lui rendre la forme qui lui appartient. Fonctionnel est tout, en dehors de lui il y a peu de choses. Fonctionnel est partout, car tout n'est que fonction. Fort de l'organique on ne peut concevoir quelque chose de plus puissant. Et cependant organique est synonyme de destruction ! Là où il y a destruction, il ne peut y avoir construction même déformée. Pas d'organe, pas de fonction. Ce n'est pas un dogme. C'est une loi. Bien plus, c'est une vérité. La cellule nerveuse ne régénère pas; la cellule nerveuse ne récupère pas.

« Les maladies organiques du système nerveux central, dit Requet, peuvent produire des accidents vésaniques typiques. Il ne saurait être question, en effet, dans ce cas, de psychonévroses associées... »

Les maladies organiques en général et la P. G. en particulier ont pour elles un argument formidable : le contrôle biopsique et à plus forte raison nécropsique. Cela est incontestable. Mais cela ne prouve qu'une chose : qu'une lésion organique existe. Est-ce une preuve que toute une symptomatologie ou, mieux encore, une série de symptômes lui est subordonnée ? Nous ne le croyons pas. Et nous pensons à une époque de la

psychiatrie où la P. G. n'avait point, pour le clinicien, de signature comme aujourd'hui. Mais de ce que nous ne trouvons rien aujourd'hui au point de vue anatomo-pathologique dans certaines psychoses avons-nous le droit de conclure que vraiment il n'existe rien. Pourquoi ne pas faire crédit à la psychiatrie de demain ? Et cela d'autant plus que ces états associés sont une réalité positive et contrôlable. L'exemple d'un alcoolique paralytique général le prouve. Des granulations graisseuses qui encombrant les gaines lymphatiques des artérioles de l'écorce, qui emplissent les cellules cérébrales elles-mêmes et dont les noyaux deviennent granuleux et pigmentés, qui frappent en un mot les cellules d'atrophie, sont le fait de l'alcool et non de l'encéphalite surajoutée. Ces lésions se retrouvent chez les alcooliques qui ne sont pas des paralytiques, mais ces lésions ne se trouvent pas dans l'encéphalite primitive. Et le malade a pu présenter, tout au début de sa P. G., des phénomènes amnésiques et de l'affaiblissement intellectuel qui ne sont point fonction de l'encéphalite, mais bien de son alcoolisme. Et cependant Requet, suivant ses assertions, les assimilerait à la P. G. et croit avoir raison, ayant une preuve dans une lymphocytose ou albuminose. La psychiatrie est une science, elle ne se contente pas d'une explication, elle veut des preuves, car elle tend vers la vérité.

« Le véritable aliéné ne devient pas paralytique », dit-il un peu plus loin. Acceptons cette affirmation quoiqu'il existe des cas authentiques où une P. G. s'est développée chez des aliénés. Mais quoi d'étonnant à cela ? Le cerveau d'un aliéné est un organe au repos. Et une loi absolue de la pathologie générale veut qu'un processus toxi-infectieux se développe à un *locus minoris resistentiæ*. Or, un organe au repos, et par ce fait même, ne présente point de conditions favorables à la réalisation d'une telle localisation. Pour qu'elle puisse s'effectuer, il faut soit une fatigue passagère, soit un épuisement fonctionnel quelconque, soit enfin une suractivité cellulaire propre à fixer et à retenir les produits nocifs. Un organe au repos devient intangible ou tout au moins plus difficilement attaquable

par le processus morbide. Il y a toute une thérapeutique basée sur ce principe, et ailleurs même que dans la psychiatrie. Ce n'est donc point une immunité naturelle dont jouissent les cerveaux des aliénés. C'est un fait beaucoup plus rationnel. Il est même beaucoup plus simple.

Dans les pages qui précèdent, nous avons développé notre conception sur ce point. Nous avons vu ce que l'on peut tirer d'une latence psychopathique et qui nous fait comprendre les raisons pour lesquelles la P. G. arrive à se développer chez un constitutionnel dont elle dégage l'allure clinique, et cela d'une façon tout à fait occasionnelle. Nous croyons avoir démontré aussi comment cet état psychopathique arrive à se réaliser au point de vue clinique, puis, libéré complètement de l'état organique, évolue pour son propre compte, et d'une façon tout à fait indépendante; comment il perd peu à peu de sa netteté au fur et à mesure que l'évolution de la P. G. se poursuit; comment, enfin, à partir de ce moment, la P. G. domine seule la situation. Car pendant son évolution, elle fait subir à l'organisme des altérations irréparables, effaçant tout, tout jusqu'à la dernière réaction psychique avant de s'attaquer aux organes purement végétatifs.

CONSIDERATIONS GENERALES

La P. G. est une méningo-encéphalite d'origine toujours spécifique, c'est-à-dire produite par la syphilis. Mais le polymorphisme de la P. G. est par trop considérable pour recevoir une solution définitive dans cette simple donnée. Il est impossible que d'autres facteurs n'interviennent pas pour jouer un rôle dans la réalisation de l'aspect clinique de cette maladie.

La question des localisations spirochéliennes dans le cerveau des paralytiques généraux peut-elle donner des résultats positifs quant à l'explication du polymorphisme de la P. G. ? Les prévalences de localisation et de diffusion de la cellule nerveuse peuvent-elles résoudre le problème ? Il ne semble pas que cette localisation joue d'autre rôle que celui de déterminer la gravité des troubles. D'ailleurs, l'étude de ces localisations, en rapport avec les formes cliniques de la P. G., n'a pas été poussée à fond. C'est dommage, car on aurait pu avoir là une précision.

Autrement scientifique est à l'heure actuelle la question du terrain lui-même. Il explique et la réceptivité du cerveau, par sa faiblesse relative vis-à-vis de l'invasion syphilitique, et la variété des troubles dans la méningo-encéphalite par la diversité individuelle du caractère préexistant.

Il est naturel, dès lors, d'admettre la possibilité de réalisation d'un état fonctionnel évoluant à côté des phénomènes méningo-encéphalitiques, par conséquent associé à la P. G., si toutefois il arrive à se réaliser d'une façon complète et nette et surtout lorsque la destruction des éléments cellulaires n'est pas trop étendue.

Nous croyons qu'un de ces états se présente sous la forme de

folie maniaque dépressive. Ce n'est point pour nous une folie symptomatique. Car l'invasion syphilitique est tout à fait à son début. Par conséquent il est difficile d'expliquer une symptomatologie aussi accusée par une altération à peine existante. C'est ensuite l'évolution du trouble fonctionnel lui-même, difficilement concevable par sa valeur paroxystique pour un processus morbide continu et lentement progressif. C'est enfin cette récupération postcritique qui ne peut cadrer avec les données positives d'une destruction réelle.

Pour toutes ces raisons nous croyons que, dans ces cas, le sujet en puissance d'évolution du processus méningo-encéphalitique peut présenter une manie authentique d'ordre fonctionnel, une psychose généralisée non spécifique nullement syphilitique, par conséquent non liée à la méningo-encéphalite, indépendante d'elle et, par son origine proprement dite qui n'est point dans la spécificité et par son évolution qui ne suit point ces destinées.

L'unification des troubles somatiques et psychiques, la fusion de l'organique et du fonctionnel peut être soutenable, mais à partir d'un certain degré, à partir d'un certain moment. Tout au début, il n'est point rationnel de nier ce qui existe, ce qui est réel. Lorsque par l'évolution du processus méningo-encéphalitique l'altération des éléments nobles est assez considérable pour ne plus permettre aucune réaction psychique proprement dite; il n'y a plus d'intérêt à les dissocier et à les considérer séparément. D'ailleurs l'effacement progressif du fonctionnel est une preuve de son indépendance. Car il devrait s'accroître dans le cas contraire.

Le caractère essentiel d'une méningo-encéphalite est un état démentiel progressif. Il semble que, à *priori*, chaque crise, chaque décharge devrait être suivie d'une accentuation de déficience. Car chaque décharge résulte d'une poussée, et qui dit poussée dit invasion, et par conséquent destruction. Nous ne croyons donc point pouvoir unifier les deux états et les confondre dès le début en un seul.

Quel est donc, dans le problème, le rôle du constitutionnel et, par extension, du fonctionnel ? Ce rôle est important puisqu'il ouvre la scène. C'est lui qui commande l'aliénation mentale, c'est lui qui envoie le malade devant le médecin. Ce malade, la P.G. l'aurait encore respecté. Il serait encore dans cette période que, pour des raisons plus ou moins valables, on a appelée « préparalytique », cette phase préparalytique pouvant durer un an et même davantage. Le malade serait resté dans son milieu. C'est souvent cet état surajouté qui fait qu'on découvre la P.G. Un an de vie familiale, et c'est peut-être un minimum, n'est pas à négliger.

CONCLUSIONS

I. — Chez les paralytiques généraux, on note fréquemment des crises brèves d'excitation et de dépression sans grandes significations cliniques, comme cela a lieu d'ailleurs chez beaucoup de psychopathes. Ce ne sont pas ces faits que nous avons voulu étudier.

II. — Pendant l'évolution de certains cas de paralysie générale, des symptômes de folie maniaco-dépressive viennent compliquer le tableau clinique de ces cas et permettent de conclure qu'il s'agit d'association de ces deux maladies.

III. — Il nous est impossible de déterminer dans la genèse de la folie maniaco-dépressive la part qui revient à la paralysie générale et celle qui revient à la cause habituelle de la première de ces deux affections; cause qui est inconnue et que l'on qualifie vaguement la constitution, la part de cette dernière cause nous paraît néanmoins importante.

IV. — Il nous est également impossible de savoir si la constitution maniaco-dépressive favorise l'éclosion de la paralysie générale. Sur environ 200 observations de paralysie générale compulsées, nous avons rencontré 9 cas de folie maniaco-dépressive associée à la paralysie générale.

V. — Les symptômes maniaco-dépressifs dominent le tableau clinique, surtout quand ils éclatent au début de la paralysie générale; ils masquent alors les symptômes de cette affection. Mais la ponction lombaire ne suffit pas toujours à faire porter un diagnostic exact, car on peut se trouver en présence de folie maniaco-dépressive associée à la syphilis nerveuse.

VI. — Les accès de paralysie générale semblent évoluer pour leur propre compte; ils ne nous paraissent augmenter ni diminuer ni en intensité ni en durée.

VII. — Il peut survenir des intervalles lucides comme dans le cours de toute folie maniaco-dépressive, intervalles lucides qui font croire à la guérison des maladies si la paralysie générale n'a pas été diagnostiquée, ou que l'on qualifie habituellement de rémission de paralysie générale quand la méningo-encéphalite a été précédemment reconnue.

VIII. — La folie maniaco-dépressive est une complication dans l'évolution d'une paralysie générale, mais elle semble surtout agir, dans le cas d'excitation maniaque, par usure nerveuse, et, dans le cas de dépression mélancolique, par troubles de l'alimentation. Si ces conséquences physiques de la folie maniaco-dépressive ne sont pas nettement accusées, la durée de la paralysie générale ne nous a paru guère influencée.

IX. — Avec cette conception, la folie maniaco-dépressive associée à la paralysie générale, on explique très bien les différentes phases de l'évolution de la symptomatologie présentée par le malade atteint de ces deux affections mentales.

X. — L'association à la paralysie générale de symptômes d'excitation de la folie maniaco-dépressive est une gêne pour le traitement de la première de ces deux maladies. Peut-être vaut-il mieux attendre, pour l'instituer, soit une phase de dépression, soit un intervalle lucide.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. ABADIE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 juillet 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBES (A.). — Quelques particularités observées dans un état hallucinatoire chez un paralytique général (*Ann. méd. psychol.*, mars 1913).
- ANTHEAUME (A.) et PIQUEMAL. — Genèse d'une rémission chez un paralytique général tabétique. *L'encéphale*, n° 12, déc. 1913.
- ARNAUD. — Diagnostic de la paralysie générale. Congr. de Toulouse, 1897.
- ARNAUD (F.), et LAIGNEL-LAVASTINE. — Paralysie générale prolongée, avec ictus et rémissions confirmée anatomiquement. *Rev. neurol.*, 1913, II.
- BAILLARGER. — Société de méd., 20 mars, 1846.
- *Gaz. des hôpitaux*, juill. 1846.
 - Note sur la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, 1847.
 - De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux. *Ann. méd. psychol.* 1858.
 - Sur la théorie de la paralysie générale. De la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes. *Ann. méd. psychol.*, janv., juill., nov. 1883.
 - Des hallucinations dans la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, janv. 1883.
- BAYLE. — Recherches sur les maladies mentales. Th. Paris, 1822.
- Nouvelle doctrine des maladies mentales. Paris, 1825.
 - Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Paris, 1826.
 - Recherches sur l'arachnitis chronique. Paris, 1882.
- BEAUSSART. — Syndrome paralytique, sénilité, constitution mythomanaïque, délire d'interprétation. *Bull. de la Soc. Clin. de méd. ment.*, déc. 1919.

- BELLETRUD et BROISSARD. — Meurtre, tentative de meurtre et tentative de suicide. Paralyse générale chez un dégénéré à ascendance épileptique. *Ann. méd. psychol.*, févr. 1913.
- BENON et CIER. — La forme asthénique de la paralysie générale. *Rev. de méd.*, n° 8, 10 août 1913.
- BENON (R.) et LEINBERGER. — Apoplexie, asthéo-manie, aphasie et paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, janv. 1917.
- BIGOT et CAMUSET. — Folie paralytique à forme alternante. *Ann. méd. psychol.*, juill. 1883.
- BILLOD. — Recherches sur la paralysie générale des aliénés. *Ann. méd. psychol.*, 1850.
- BOREL et CELLIER. — Paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psycho-motrices verbales, obsédantes, avec tendance au suicide. *Rev. neur.*, 1914, I.
- CALMEIL. — De la paralysie générale considérée chez les aliénés, 1826.
- CAMUSET (L.) — Formes dépressives de la folie paralytique. *Ann. méd. psychol.*, mai 1883.
- Pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique. *Ann. méd. psychol.*, sept. 1883.
- CAPGRAS et MOREL (L.). — Paralysie générale prolongée ou démence précoce. *Bull. clin. de la Soc. de méd. ment.*, juill. 1913.
- CARETTE. — Syphilis cérébrale. Paralysie générale ou folie intermittente. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 16 juin 1924.
- CHARPENTIER (R.) et VIEUX (N.). — Paralysie générale à évolution lente. *Soc. méd. psychol.*, 26 mai 1913.
- CHASLIN. — Eléments de séméiologie et clinique mentale, 1912.
- CLAUDE (II.) et TARGOWLA (R.). — Les formes pseudo-paralytiques de la syphilis nerveuse. *Journ. méd. franç.*, mai 1924.
- Le traitement actuel de la paralysie générale. *Monde méd.*, 15 août 1925.
- CODET. — Syphilis, réaction méningée chronique, délire de persécution persistant sans affaiblissement intellectuel apparent. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 15 mars 1920.
- COLIN et SARAZIN. — Diagnostic difficile de P. G. *Soc. clin. de méd. ment.*, 17 nov. 1919.
- Délire mélancolique. Au bout de cinq mois apparition de syn-

- drome paralytique. *Soc. clin. de méd. ment.*, 17 nov. 1919.
- CONDOMINE (A.) et DEVAUX (A.). — Syndrome paralytique chez un alcoolique. Délits à caractère démentiel. *Arch. de neurol.*, oct. 1913.
- DAMAYE (H.). — La paralysie générale, ses rapports avec les psychoses toxiques. *Progrès médical.*, janv. 1912.
- Le syndrome de démence précoce et les psychoses toxi-infectieuses. *Arch. de neurol.*, oct. 1912.
 - Syndrome, P. G. subaigüe, récidive à l'occasion d'une grossesse. *Arch. intern. de neurol.*, janv. 1913.
 - Les associations mentales du syndrome physique, paralysie générale. *Prog. méd.*, 19 avril 1913.
 - Démence consécutive à une psychose prolongée. Installation lente du syndrome physique. Paralysie générale. *Rev. de psychiatrie*, t. XVII, n° 10, oct. 1913.
 - La paralysie générale. *Echo méd. du Nord*, 8 févr. 1914.
 - Psychose toxique grave. Ses rapports avec la paralysie générale. *Progrès méd.*, 3 janv. 1914. —
 - Essai de traitement des psychoses d'origine syphilitique. *Arch. de neurol.*, mars 1914.
 - Etude sur la paralysie générale observée dans un service psychiatrique d'armée. *Progrès méd.*, 13 juillet 1918.
- DAMAYE (H.) et MORANGE. — Hérédo-syphilis, arriération intellectuelle congénitale transformée en paralysie générale. *Echo méd. du Nord*, 26 oct. 1913.
- DAMAYE (H.) et BRIAU (R.). — Influence de la syphilis sur une débilité mentale paranoïaque. *Progrès méd.*, n° 9, 27 févr. 1926.
- DELAYE. — Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés. Paris, 1824.
- DELMAS et BOUCHON. — A propos des démences neuro-épithéliales à prédominance régionale. Syndrome paralytique au cours d'une démence hébéphréno-catatonique. *Rev. neurol.*, mars 1913.
- DERON (R.). — Contribution à l'étude clinique du syndrome manie. Th. Paris, 1922.
- DUJARDIN (B.), de Bruxelles. — Les syndromes humoraux de la paralysie générale. *Journ. de neurol. et de psychol.*, août 1925.

- DUJARDIN (B.). — A propos d'un cas de tabo-paralysie en rémission clinique depuis six ans. *Rev. neurol.*, 1925.
- DULUCQ (G.). — La démence paralytique est-elle une vraie démence ? Th. Bordeaux, 1924.
- DEPRÉ. — Psychopathie organique. In *Traité de pathologie mentale* de Gilbert, Ballet, 1903.
- DUPRÉ et DEVAUX. — Médecine légale de la paralysie générale. *Journ. méd. franç.*, févr. 1914.
- DUPRÉ et LOGRE. — Le psycho-diagnostic de la paralysie générale. *Journ. méd. franç.*, févr. 1914.
- ESQUIROL. — Dictionnaire des sciences médicales, t. VIII, 1814.
- EUZIÈRE (J.) et MARGAROT (J.). — Délire de grandeur fixe, logique et cohérent chez un paralytique général. *Montpellier méd.*, 15 janv. 1920.
- FALRET (J.). — Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies. Paris, 1853.
- FOVILLE. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1829.
- GELMA (E.). — La démence paralytique dans ses rapports avec la vénerie; les troubles psychopathiques transitoires des paralytiques généraux. *Rev. méd. de l'Est*, 1^{er} août 1919.
- Etats d'excitation périodique syndrome avec des crises de rétention uréique suivies de débâcle polyurique concomitante avec la période d'accalmie. *Rev. neurol.*, 28^e année, 1921, n° 3.
- GEORGET. — De la folie. Considération sur cette maladie, 1820.
- GONNET (M.-A.). — Sur la syphilis nerveuse dans ses rapports avec l'échelle sociale. Soc. de neurol. de Paris, séance 3 févr. 1921.
- GONZALO (R.) et LAFORA (de Madrid). — Le diagnostic précoce de la paralysie générale et du tabes. *Rev. neurol.*, 1920, n° 12.
- GUIRAUD. — Polymorphisme de la syphilis encéphalique. *Ann. méd. psychol.*, oct. 1925.
- HAGUENAU (J.). — Le syndrome humoral de la paralysie générale. Son application à l'étude des paralysies générales prolongées. Th. Paris, 1920.
- HOVEN (H.). — La syphilis dans des affections mentales. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, avril 1923.

- KLIPPEL (M.). — Les paralysies générales progressives. Monogr. clin., 1898, n° 11.
- Le syndrome de la paralysie générale, étude synthétique. *Ann. méd.-psychol.*, févr. 1922.
- LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE. — Psychose périodique chez un hérédo-syphilitique. Idées obsédantes au cours d'un accès mélancolique. Soc. de psychol., séance 24 juin 1926.
- LASÈGUE. — De la paralysie progressive. Th. d'agrég. Paris, 1853.
- Leçons sur la paralysie générale, 1883.
- LEBRET. — Paralysie générale et psychose dans la syphilis acquise. Th. Paris, 1896.
- LEGRAND (A.). — Mort par méningite à pneumobacilles de Friedlander au cours de l'évolution d'une paralysie générale à début atypique. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 31 juill. 1925.
- LÉROY et ABELY. — Alternance de symptômes chez un paralytique général. Soc. clin. de méd. ment., 17 nov. 1919.
- LÉROY et BAUER. — Etat circulaire chez une paralytique générale. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, févr. 1914.
- LONG-LANDRY (Mme). — Une famille d'hérédo-syphilitiques. Paralysie générale juvénile. Soc. de neurol. de Paris, séance 3 mars 1921.
- LUNIER. — Recherches sur la paralysie générale progressive. *Ann. méd.-psychol.*, 1849.
- MAIRET (A.). — De la démence mélancolique. Contribution à l'étude de la périencéphalite chronique localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre psychique. Paris, G. Masson, éditeur, 1883.
- MAIRET (A.) et VIRET. — Paralysie générale, 1898.
- MARCHAND. — Syphilis et paralysie générale. *Rev. neurol.*, 1918, II.
- MARCHAND (L.). — Epilepsie et paralysie générale. *Presse méd.*, 7 févr. 1923.
- MARCHAND, ABELY (X.) et BAUER. — Les états démentiels syphilitiques non progressifs. *Presse méd.*, 10 mars 1926.
- MARIE (A.). — Aliénations mentales dites para-syphilitiques. *Rev. de psych.*, nov. 1913.

- Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasymphilitique. Rapport au XVII^e Congrès intern. des sc. méd., Londres, 6-12 août 1913. *Arch. de neurol.*, sept., oct., nov. et déc. 1913-janv., févr. 1914.
- MARIE (A.). et PRUVOST (L.-P.). — Syndrome pseudo-paralytique chez un épileptique. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, janv. 1920.
- MASSARY (E. DE) et SORIN (Ch.). — Syndrome choréiforme hystérique et paralysie générale incipiens. *Rev. neurol.*, 1917, I.
- MOREAU. — Th. Paris, 1884.
- MOREUX (J.). — *Gaz. méd.*, 1850.
- NORDMAN. — Etat mélancolique précurseur de la paralysie générale. Soc. des sc. méd. de Saint-Etienne, 15 mars 1922.
- NUGRIOT (M.). — Paralysie générale avec conscience et état obsédant. *Clin.*, n° 45.
- NYSSSEN. — Les formes hallucinatoires et paranoïdes de la paralysie générale traitée par la malaria. Soc. belge de neurol., 28 nov. 1925, *Rev. neurol.*, 1925, II.
- ORSCHANSKY (S.). — De la dégénérescence psychique secondaire en tant que symptômes de quelques psychoses chroniques. Rapport au Congrès de Moscou, janv. 1914, *Arch. de neurol.*, août-déc. 1914.
- PACTET et COURJON. — Délire de persécution chez un dégénéré. Evolution rapide vers la démence. Apparition du syndrome paralytique et d'attaque d'épilepsie. Mort. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, nov. 1908.
- PAINE (H.). — Etude statistique sur les rémissions de la paralysie générale. *Rev. neurol.*, 1913.
- PARCHAPPE. — Traité théorique et pratique de la folie, 1841.
- PASCAL (Mlle Constanza). — Forme paranoïde de la paralysie générale. *L'encéphale*, 10 juin 1914.
- PERON. — Le diagnostic de la paralysie générale chez les tabétiques à propos de deux cas de tabes avec troubles mentaux. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 19 mai 1924.
- PERRENS. — La notion de démence dans la paralysie générale. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1927.

- PHILLIPS. — Folie maniaque dépressive ressemblant à la paralysie générale. *Rev. neurol.*, 1913.
- POINCARÉ et BONNET (H.). — Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, sept.-nov. 1868.
- PUILLET (P.). — Paralysie générale de longue durée. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, avril 1914; *Rev. neurol.*, 1926, II.
- REDALIE. — Syphilis cérébrale et psychose. *Arch. de neurol. et de psych.*, t. II, fasc. 2, 1922.
- REGIS. — Précis de psychiatrie, 1916.
- REQUET. — Sur les frontières de l'organique et du vésanique dans les maladies mentales. Th. Bordeaux, 1927.
- REQUIN. — Eléments de pathologie médicale. Paris, 1846.
- RÉY (Ph.) — Crises hystériques chez un homme atteint de paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, janv. 1883.
- Rémission de paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, mai 1883.
- ROQUES DE FURSAC (J.). — Manuel de psychiatrie, 1923.
- ROQUES DE FURSAC (J.) et GENIL-PERRIN (G.). — Délire d'imagination chez un paralytique général. *Journ. de psych.*, mars-avril 1912.
- Antécédents héréditaires des paralytiques généraux. *Ann. méd.-psychol.*, juin 1913.
- SALOMON (J.). — La paralysie générale prolongée. *Gaz. méd. de Paris*, 1912.
- SANDRAS. — De la paralysie générale progressive, juill. 1848. *Traité pratique des maladies nerveuses*. 2 vol., Paris, 1851.
- SARAZIN (V.). — Un cas de diagnostic difficile de la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, févr. 1914.
- SEGLAS (J.). — Quelques considérations cliniques sur les accès maniaques chez les débiles. *Ann. méd. psychol.*, n° 1, 1914.
- SERIN (Mlle). — Syndrome paralytique sans réactions humérales. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 18 févr. 1924.
- Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la paralysie générale. Th. Paris, 1926.
- SEZARY (A.). — Pathogénie de la paralysie générale et du tabes. *Rev. neurol.*, avril 1921.

- SICARD (J.) et ROGER (H.). — Paralyse générale, Syphilis nerveuse et L.C.R. *Presse méd.*, n° 50, 9 sept. 1918.
- SICARD et PARAF. — A propos du traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse. Soc. de neurol. de Paris, séance 4 nov. 1920, *Rev. neurol.*, 1920, n° 11.
- SIMON-CLÉMENT. — Deux nouveaux cas de coïncidence chez un même syphilitique d'accidents nerveux et non nerveux. *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 14 avril 1921.
- TARGOWLA (R.). — Le syndrome humoral de la paralysie générale, ses modalités, sa valeur séméiologique. Th. Paris, 1922.
- TARGOWLA, BADONNEL (Mme) et ROBIN. — Les rémissions de la paralysie générale. Etude clinique et humorale, *Ann. méd. psychol.*, mars-avril 1922.
- TARGOWLA (R.) et OMBREDANNE (A.). — Pseudo-paralysie générale par sclérose en plaques. Soc. de neurol. de Paris, séance 3 nov. 1927, *Rev. neurol.*, n° 5, nov. 1927.
- TERRIEN. — Paralysie générale succédant à une manie existant depuis dix ans. *Ann. méd.-psychol.*, mai 1888.
- TRUELLE et PUGNAUD. — Délire mélancolique et syphilis cérébrale. Soc. clin. de méd. ment., 21 juin 1926, *Rev. neurol.*, 1926, II.
- URECHIA et RUSEDA. — La forme scizophrénoïde de la syphilis du cerveau et de la paralysie générale. *L'encéphale*, déc. 1921.
- VALLON (Ch.) et LAIGNEL-LAVASTINE. — Autopsie d'un cas de paralysie générale extrêmement prolongée. *Rev. neurol.*, 1913, II.
- VALLON et PARANT. — Psychopathie complexe. Délire de négation chez un syphilitique longtemps considéré comme un paralytique général. *Journ. de Psychol.*, 15 juill. 1921.
- VERMEYLEN. — Délire hallucinatoire chez un paralytique général. *Rev. neurol.*, 1926, I.
- VIGNAUD. — Histoire de la paralysie générale. Th. Paris, 1902.
- VALLON (H.) et DEREUX (J.). — Exhibitionnisme et syphilis. *Journ. psych. norm. et pathol.*, juillet 1926.

